

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PRAHA 2011

Martina Ježková, Dis.

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Z plnohodnotného života - ve vteřině - změna na život s částečnou imobilitou a co dál...

**From a full fledged life to a life of partial immobility in a split second
and what comes next...**

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lenka Chittussiová

Autor:

Martina Ježková, DiS.

PRAHA 2011

Prohlášení: Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Z plnohodnotného života – ve vteřině – změna na život s částečnou imobilitou a co dál...“ zpracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 15. 3. 2011

Martina Ježková

Poděkování: Děkuji mé vedoucí bakalářské práce, paní magistře Lence Chittussiové, která mi byla ochotnou rádkyní po celou dobu tvoření mé bakalářské práce.

Dále děkuji těm, kteří byli tak laskaví, a nechali mne nahlédnout do svého soukromí a poskytli mi své životní příběhy, které jsem zpracovala do osobních kazuistik a anamnéz.

Anotace:

Téma mé bakalářské práce s názvem „Z plnohodnotného života – ve vteřině – změna na život s částečnou imobilitou a co dál...“ si klade za cíl seznámit širokou veřejnost s částečným tělesným handicapem, který potkal zdravé lidi a změnil jim život. Ve své práci se zabývám tím, jak se dotyční vypořádali s náhlou změnou v jejich životě. Zda se vůbec lze smířit s tím, že už nikdy nebudou chodit, běhat a vykonávat ty sportovní aktivity, které vykonávali, když ještě byli zcela mobilní. Má práce je rozdělena na dvě části – první část obsahuje teorii, související s daným tématem. Píši zde o kvalitě života, výživě, motivačních prvcích, partnerských vztazích, lehce se dotýkám hipoterapie, jako jedné z možných forem rehabilitace. Dále uvádím služby, jaké lze při daném handicapu využívat ke zlepšení stavu, a zařízení, kam se handicapovaný může při problémech či dotazech obracet. V krátkosti se zmiňuji o kompenzačních pomůckách a uvádím fakta, která je dobré znát při stavbě či rekonstrukci bezbariérového bydlení. Praktická část obsahuje tři osobní anamnézy a kazuistiky osob, kterých se částečná imobilita získaná v průběhu života týká.

Annotation:

In my bachelor thesis “From a full fledged life to a life of partial immobility in a split second and what comes next,” I aim at acquainting the general public with partial physical handicap that happened to healthy people and changed their life. I focus on the capability of concerned people to cope with the sudden change, to reconcile to the fact they will never be able to walk, run or do the kinds of sport which they used to do. My work is divided into two sections. The first one includes the theory related to the issue. Here I write about quality of life, nutrition, motivation, partnerships, and horse therapy as one of the forms of rehabilitation. Next I mention social services for the handicapped, compensatory aids, and the issue of developing a barrier-free housing. The second section consists of personal histories and casuistries of three people who experienced the change to partial immobility during their lives.

Klíčová slova:

Handicap, částečná imobilita, kvalita života, dětská obrna, ochrnutí, výživa a motivace, potřeba, frustrace, partnerské vztahy, integrace, služby, kompenzační pomůcka, problematika bydlení, osobní asistence, osobní anamnéza a kazuistika, výzkum, hipoterapie.

Keywords:

Handicap, partial immobility, quality of life, infantile paralysis, paralysis, nutrition and motivation, need, frustration, partnerships, integration, services, compensatory aid, living questions, personal assistance, personal history and casuistry, research, horse therapy.

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1. Život v 21. století.....	4
2. Charakteristika pojmů.....	5
3. Druhy tělesného postižení	7
4. Posouzení kvality života.....	8
4. 1. Kvalita života pro handicapované	8
4. 2. Parametry kvalitního života.....	9
4. 3. Skutečnosti, způsobující pokles kvality života.....	10
5. Základní oblasti, určující pomoc dotyčnému	10
5. 1. Faktory, které by měli zdravotníci pozitivně ovlivňovat.....	12
6. Výživa a další motivační prvky	13
7. Partnerské vztahy a integrace	17
7. 1. Tři druhy vztahů	18
7. 2. Čtyři hlavní faktory obtíží handicapovaných	19
8. Hipoterapie, jako jedna z forem rehabilitace.....	21
9. Problematika bydlení	31
9. 1. Důležitá fakta při rekonstrukci či stavbě bytu („bytu pro zvláštní určení“) pro osoby s pohybovým postižením	31
10. Kompenzační pomůcky	38
11. Specifické služby pro handicapované.....	38
12. Podrobný popis zařízení, kam se handicapovaný může obrátit.....	39
13. Kde hledat pomoc a informace	39
PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
Osobní anamnézy a kazuistiky	40
1. Osobní anamnéza a kazuistika.....	41
2. Osobní anamnéza a kazuistika.....	50

3. Osobní anamnéza a kazuistika.....	57
Dotazník.....	67
Ukázka vyhodnocení dotazníku.....	71
ZÁVĚR.....	73

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Z plnohodnotného života - ve vteřině - změna na život s částečnou imobilitou a co dál...“ jsem si vybrala proto, protože si myslím, že v dnešní době stále ještě „zdraví“ lidé handicapovaným nerozumí. Bojí se s nimi komunikovat, bojí se vzít je mezi sebe a trpí různými předsudky. Každá práce, každá informace o životě handicapovaných nebo potřebných, přispěje podle mého názoru k tomu, abychom se naučili osoby s handicapem lépe znát, více jim rozumět, více je chápat a účinněji jim pomáhat. Dle mého názoru jsou v naší společnosti stále mnozí, kteří považují handicapované nebo lidi závislé na pomoci druhých za méněcenné. Vůbec si neuvědomují, že tito lidé byli dříve také zdraví, ale nešťastná náhoda jim ze dne na den změnila od základu život. Mnozí z nás, „zdravých“, si neuvědomují, že i nás může kdykoliv potkat nešťastná náhoda, a pak budeme my na té „druhé straně“ a budeme si přát pochopení, pomoc a bezproblémovou integraci do společnosti.

Rozhodla jsem se pro dané téma i z toho důvodu, že jsem se v životě s lidmi s částečnou imobilitou setkala. To mi umožnilo je lépe poznat, proniknout do jejich světa a snažit se jim pomoci. Cílem práce bylo ozřejmit kvalitu života lidí s částečnou mobilitou. Proto doufám, že tato práce - byť je jen malou kapkou v moři informací - pomůže rozšířit vědomosti o handicapovaných a tím přispěje k vytvoření lepších a přátelštějších vztahů k těmto lidem.

Má práce je rozdělena do dvou větších částí – první je teoretická a druhá je praktická. Teoretickou část zahajuji svým pohledem na dobu 21. století, ve které žijeme – jaké nám přináší klady a zápory, dále definuji pojmy, o kterých se v práci zmiňuji a ke kterým se čtenář může vždy vrátit a zjistit, co znamenají. Po charakteristice pojmů se dostávám k širokému pojmu „kvalita života“, o kterém si myslím, že je v životě handicapovaných lidí zásadním. Dále se dočteme o výživě, motivačních prvcích, jaké obtíže nás mohou potkat při navazování partnerských vztahů. Do práce jsem také zařadila hipoterapii, která je v dnešní době velice moderní a žádaná. Další větší kapitolou je problematika bydlení, ve které se zabývám jednotlivým řešením vstupních společných prostor, místností v bytech a vhodným nábytkem, kterým je možno bezbariérová bydlení vybavit. Teoretickou část zakončuji stručným výčtem kompenzačních pomůcek, které jedincům s handicapem velice usnadňují život.

Praktická část je vyhrazena pro tři osobní anamnézy a kazuistiky osob, které byly tak laskavé a poskytly mi své životní příběhy. Zde se tedy dočteme, jaké osudy tyto lidi postihly

a jak se s nimi dokázali vypořádat. Za těmito kazuistikami je zařazen dotazník a vyhodnocení dotazníku, který jsem prováděla. Dotazník je doplňujícím výzkumem, který byl záměrně sestaven tak, aby odhalil informovanost a zájem zdravých obyvatel o obyvatele handicapované. Zajímal mě názory a znalosti obyvatel i v sociální oblasti. Při vytváření dotazníku byly stanoveny hypotézy takto:

Hypotéza – Předpokládám, že z dotazníků vyplyne, že lidé nejsou moc informovaní, nemají velkou snahu při pomoci druhým, že každý se spíše stará sám o sebe. Ženy budou v porovnání s muži odpovídat lépe, protože jsou empatičtější a sociální oblast jim bude bližší.

Zhodnocení – Hypotéza se mi z velké části potvrdila.

Výsledek – Z dotazníků vyplývá, že ženy odpovídaly lépe než muži, mají nejen větší znalosti v sociální oblasti, ale také větší zájem o nápravu a integraci.

V závěru práce hodnotím zvlášť osobní anamnézy a kazuistiky a práci komplexně.

Za závěrem práce je použita literatura, shlédnutá videa a použité internetové stránky, ze kterých jsem čerpala informace. Za literaturou následuje již poslední, však též nepostradatelná část a to jsou přílohy v tomto pořadí:

Příloha č. 1 – Specifické služby pro handicapované

Příloha č. 2 – Podrobný popis zařízení, kam se handicapovaný může obrátit

Příloha č. 3 – Kde hledat pomoc a informace

Příloha č. 4 – Fotografie k tématu hipoterapie

Příloha č. 5 – Fotografie k tématu bezbariérové bydlení

Příloha č. 6 – Náčrtek bezbariérového bytu bez popisů

Příloha č. 7 – Náčrtek bezbariérového bytu s popisky

TEORETICKÁ ČÁST

1. Život v 21. století

Doba 21. století, ve které žijeme, je velice moderní. Pokud se však nad tímto výrazem pozastavíme a popřemýšlíme, co vlastně znamená, zjistíme, že pod takto hezky znějícím výrazem se skrývá hlavně spěch, honba za penězi, hromadění majetku, prázdnou krásou a přehnanou dokonalostí. To vše působí na vzájemné odcizení mezi lidmi, nezájem o druhé a hodnoty, které dříve byly „společným mottem“ všech lidí, se vytrácejí. Pokud mluvím o dřívějších, vytrácejících se hodnotách, mám na mysli zdravý život, lásku k bližnímu, přátelství, vzájemnou pomoc, pochopení, empatii atd.

Dříve lidé žili ve větší míře na vesnicích, všichni se mezi sebou dobře znali a vzájemná pomoc pro ně byla samozřejmostí. Později se lidé začali stěhovat do větších měst za vidinou lepšího výdělků a propojení vzájemných vztahů sláblo. Dostalo se až na dnešní úroveň, kdy si každý většinou dělá vše sám, nikdo nikomu - až na výjimky - sám od sebe nepomůže, a co se týče dobrých sousedských vztahů, ty se téměř zcela vytratily. Pokud žijeme v panelovém domě, skoro ani nevíme, s kým sdílíme jedno patro nebo dokonce, kdo žije o patro níže či výše.

Doba velkého pokroku se nese ve jménu znečištění ovzduší, hluku, stresu, přibývání nemocí, vad a defektů. Ač by někdo mohl namítat, že s rozvíjející se dobou rozvíjí se i lékařství, které je v mnoha zemích na - dá se říci - „špičkové úrovni“, tak já oponuji, že čím více se lékařství rozvíjí a prodlužuje se doba života, tím více přibývá nemocí a handicapů, které dříve vůbec nebyly známy a na které musí současná medicína vyvíjet stále nové metody k zvládnutí jejich průběhů a zmenšení následků.

Jaké jsou tedy dnes reakce lidí na handicap? Všude se dočteme o tom, že nejlepší pro handicapované je integrace, avšak ne každý je připraven na běžný kontakt s handicapovanými. Všimám si, že pokud jede po ulici vozíčkář, skoro každý se po něm otočí a chce vidět, co má dotýčný za vadu. Pokud jde po ulici člověk se zrakovým postižením, všichni se rozestoupí a obcházejí ho, ale málokdy se najde někdo, kdo k němu přistoupí a nabídne mu svou pomoc ve formě převedení přes ulici nebo rady, jak se kam dostane. A já se ptám, čím to je? Je to malou informovaností, nebo lidé nevědí, jak se k handicapovaným chovat a tak se raději schovají do své ulity a nikoho k sobě nepustí?

2. Charakteristika pojmů

V této části charakterizuji pojmy, které se vyskytují v mé práci. Uvádím je zde také proto, aby se čtenář (v případě potřeby) mohl k neznámým pojmům vrátit.

Abnormalita

- Může označovat poruchy v normálním rozvoji jedince, chorobný stav, zvláštnosti, nepravidelnosti až odchylky od chování, jednání, psychického nebo fyzického vývoje jedince

Aptibilita

- Je schopnost, či způsobilost člověka vykonávat běžné lidské úkony a činnosti v takovém rozsahu, aby bylo možné ho považovat za normální

Centrální paréza facialis

- Nervus facialis (lícni nerv) se řadí do skupiny mozkových nervů. Jde o parézu mimického svalstva v dolní polovině obličeje (poklesu koutku, poruchu cenění)

Defekt

- Často užívaný výraz vycházející z orgánového nebo funkčního poškození organismu člověka, označuje vadu, poškození, poruchu nebo nedostatek

Defektivita

- Označuje poruchu celistvosti jedince

Dětská obrna

- Je virové infekční onemocnění

Dětská mozková obrna (DMO)

- Na rozdíl od dětské obrny je nenakažlivou poruchou hybnosti, která má základ v poškození mozku. Jinými slovy je to poškození Centrálního nervového systému nebo míchy a z ní vystupujících nervů v období prenatálním, perinatálním nebo v raném dětství

Diabetes melitus - cukrovka

- Úplavice cukrová je chronická choroba metabolismu cukrů - sacharidů

Disaptibilita¹

- Omezení při vykonávání běžných lidských činností, ztráta části těla či orgánu

¹ Jesenský J., Prostor pro integraci, Comenia Consult, Praha 1993

- Mezinárodní klasifikace (ICIDH) rozlišuje disaptibilitu v chování, v komunikaci, v osobní péči, v lokomotorice, v tělesné dispozici, v obratnosti, situační disaptibilitu, zvláštní disaptibilitu v klasifikaci, příp. další omezení činnosti – J. Jesenský

Epilepsie

- Je chronické onemocnění provázené nervovými záchvaty (porucha činnosti v mozku způsobená výboji nervových buněk, způsobuje bezvědomí, křeče, pády na zem a záškuby končetin)

Handicap²

- Je nepříznivá situace, nevýhoda či překážka znemožňující plnění základních lidských úkonů
- Mezinárodní klasifikace (ICIDH) rozlišuje handicap orientační, handicap ve fyzické a pohybové závislosti, v zaměstnání, a ve společenské integraci, v hospodářské soběstačnosti

Hypertenze – vysoký krevní tlak v tepnách

- Lze v dnešní době považovat za civilizační onemocnění. Rizikovými faktory je př. obezita, vysoký věk, životní styl a dědičnost. Hypertenze je považována za patologickou a je třeba ji léčit

Invalidita

- Je definována jako ztráta či snížení pracovní schopnosti

Kazuistika

- Je popis a výklad konkrétních případů, zpravidla místo teoretické analýzy pojmových znaků. Ve vztahu k moderním vědám užíván jako synonymum pro případovou studii

Kóma

- Těžký stav bezvědomí. Příčinou mohou být úrazy hlavy, krvácení do mozku, diabetes, těžká poškození jater

Kvadrupareza

- Je centrální porucha hybnosti všech končetin způsobena poruchou míchy v místě přechodu z krčního úseku do hrudního

² Jesenský J., Prostor pro integraci, Comenia Consult, Praha 1993

Kvalita života

- Je dána úrovní tělesné a duševní činnosti, pracovní výkonnosti a úrovní tělesné, duševní a sociální pohody

Logopedie

- Je odvětví speciální pedagogiky, zabývá se poruchami komunikace a vadami řeči, sluchu a hlasu, je to výchova ke správné řeči

Mozkové aneurysma

- Aneurysma je výduť, která může způsobit krvácení do mozku

Normalita

- Je to stav, jednání nebo chování odpovídající normám

Ochrnutí

- Je ztráta svalových funkcí jedné nebo více svalových skupin, často propojeno se ztrátou citu v postižené oblasti

Shunt – spojka

- Při jeho vytvoření propojí cévní chirurg tepnu a žílu, krev touto propojkou protéká velice rychle

Skolióza

- Označuje vybočení páteře

3. Druhy tělesného postižení

Okruh postižení, kterým se ve své bakalářské práci zabývám, se nazývá tělesné postižení, a patří mezi jednu z hlavních skupin u postižených osob.

Tělesná postižení, vzhledem k tématu své práce dělím na:

- 1) Postižení horních končetin
- 2) Postižení dolních končetin
- 3) Postižení páteře
- 4) Různé omezené lokomoce

4. Posouzení kvality života³

Při hodnocení imobilního člověka je jedním z nejdůležitějších kritérií kvalita života. Musíme mít na paměti, že onemocnění samo o sobě není jediným problémem, kterým je pacient sužován, a kterým je třeba se zabývat a kterému je potřeba se věnovat. Důležité jsou všechny fáze od počáteční diagnózy, k postupu léčení, až po samotnou rehabilitaci. Při posuzování kvality života bereme v úvahu: biologické faktory, subjektivní pocity člověka a dále jeho stav způsobený nemocemi. Vše sledujeme nezaujatým pohledem pozorovatele v dotaznících, kde konkrétně sledujeme somatické potíže, psychické obtíže, osobní výkonnost, sociální interakci, subjektivní pocit kvality života, uspokojení životem.

U jedinců s handicapem se šetří: „Funkční potenciál“ – „co člověk může, co mu zbývá“ (souhrn všech zachovaných fyzických funkcí a psychických vlastností)

U disaptibilních jedinců se v sociální oblasti šetří: „Socioekonomický status“ (tzn. materiální základna, interpersonální vztahy, životní styl, kultura, tělesná a duševní konstituce, výchova, vzdělání, rasa, náboženství, politická příslušnost, profesní příslušnost, tradice, zkušenosti, sociální příležitosti a zdravotní stav)

Zdrojem informací o socioekonomickém statusu jsou: údaje z úředních dokladů a přístupné dokumentace, odborné a zkušené pozorování příbytku šetřené osoby, odborný a citlivě řízený rozhovor se šetřenou osobou, členy rodiny a dalšími osobami, zmapování lokální sociální sítě.

4. 1. Kvalita života pro handicapované⁴

Kvalita života v životě handicapovaných hraje obrovskou roli. Je třeba přizpůsobit mnoho věcí pro to, aby se jedinec mohl kvalitně rozvíjet.

Máme zde 2 hlavní činitele:

1) vnitřní činitelé – psychická a fyzická vybavenost jedince, které jsou ovlivněny rozsahem jeho postižení

2) vnější činitelé – možnosti uplatnění v oblasti pracovní, ekonomické, výchovné, vzdělávací, společenské a kulturní

³ Struk P. a kol., Vybrané kapitoly ze sociální medicíny, UK, Praha, 1993

⁴ Pacovský V., Geriatrie, Scientia Medica, Praha, 1994

Psychická oblast – zde zjišťujeme psychické reakce, jimiž jedinec odreagovává svou poruchu zdraví (mluvíme o intenzitě frustrace, síle zklamání, které se projevují v psychických reakcích).

Sociální oblast – je provázena disaptibilitou až nezabezpečeností, kdy člověk není schopen uspokojit své základní životní potřeby, protože nedostačuje nárokům, které na něj klade jeho životní prostředí. Takový člověk potřebuje fyzickou, psychickou, ekonomickou či právní pomoc nebo jejich kombinaci.

Nejčastější reakce handicapovaných

- 1) mobilizace jejich rezerv, sil a usilování o kompenzaci
- 2) agrese na cizí i blízké osoby
- 3) rezignace až apatie
- 4) podlehnutí – zde nastává úplná dekompenzace

4. 2. Parametry kvalitního života⁵

Nezávislost, produktivita, životní satisfakce, absence utrpení (bolesti), zachování tělesných, emočních a intelektuálních funkcí. Schopnost naplňovat očekávané sociální role a podílet se na přiměřeně smysluplných aktivitách v rodině, zaměstnání a společnosti, pacientovo vnímání celkového zdraví, prospívání a spokojenosti. Důležitými faktory ovlivňujícími kvalitu života nemocného (trpícího, umírajícího člověka) jsou zvláště (upraveno podle J. Křivohlavého):

- osobnostní vyzrálост, odolnost a schopnost adaptace na těžkou chorobu (ve stádiích popisovaných např. Kübler-Rossovou či u nás H. Haškovcovou)
- přesvědčení o smysluplnosti života, překonávání obtíží, krizí, utrpení a vyznávání obecných nadosobních hodnot
- zkušenost s úspěšným zvládáním životních krizí
- existence kladného vzoru (pacient, který úspěšně překonal obdobnou krizi, chorobu)
- pocit sounáležitosti, dobré sociální zázemí (rodina)
- kvalitní sociální komunikace, ochota a schopnost blízkých osob naslouchat a tím možnost pro nemocného sdělit své úzkosti, obavy

⁵ Kalvach Z., Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů II. díl, UK, Praha, 1995

- existence „průvodce“, konkrétního člověka, s nímž je nemocný v průběžném kontaktu, který je schopen a ochoten poradit, pomoci, splnit přání a potřeby
- kvalitní péče lékařská, ošetrovatelská i sociální (zabezpečení nemocného odborně i materiálně, „patientský komfort“)
- partnerský, neformální vztah důvěry a oboustranné úcty s ošetřujícím lékařem

4. 3. Skutečnosti, způsobující pokles kvality života⁶

- nezabezpečení (strádání v základních tělesných potřebách – hlad, žízeň, chlad, apod.)
- bolest
- ztráta soběstačnosti
- osamělost až sociální deprivace
- ztráta soukromí, životních stereotypů, navyklého prostředí a možnosti rozhodovat o sobě (ztráta autonomie a kontroly)
- úzkost a strach
- beznaděj
- ztráta životní perspektivy a smysluplnosti
- absence víry v nadosobní principy, ideály, hlubší smysl života, v příslušnost k lidské pospolitosti přesahující dimenzi jednoho života
- deprese ev. jiné formy psychopatologie
- ztráta životního programu a strukturalizace času

5. Základní oblasti, určující pomoc dotyčnému

- 1) biologická oblast
- 2) sociální oblast

⁶ Kalvach Z., Vybrané kapitoly z geriatry a medicíny chronických stavů II. díl, UK, Praha, 1995

1) Biologická oblast – choroby a vady výrazně ovlivňující chorobný potenciál, poruchy vědomí a stability, paměti a orientace. Výrazná emoční labilita, maligní procesy, chorobné procesy provázené bolestí, nedostatkem spánku, nedostatkem odpočinku. Poruchy neurotizující a odpuzující okolí, onemocnění se zvýšenými nároky na ošetření a úpravu životosprávy. Zdravotní porucha vyžadující kompenzační pomůcky, multimorbidita, polymorbidita, neadekvátní projevy (nadměrný smutek, sešlost), dlouhá latence odpovědi, značné časové prodloužení výkonu běžných denních činností, zdravotní poruchy neustupující ani po terapii, velmi nízký nebo velmi vysoký věk.

2) Sociální oblast – osamělost, nezaměstnanost, nízký příjem, špatné bytové poměry, ztížená dostupnost zdrojů životních potřeb a služeb. Nedobré či nekvalitní interpersonální vztahy, obtížná dostupnost lidské pomoci, nedostatky v zajištění stravování, deficitní výbava šatstvem a předměty denní potřeby. Nedostatečné informace ztěžující orientaci, špína, osobní či bytová zanedbanost, soustavné nedodržování indikované terapie. Časté hospitalizace v anamnéze, období po propuštění z ústavního ošetřování, ztráta blízké osoby - zvláště nedávná, žádné návštěvy ani písemný styk při dlouhodobé hospitalizaci. Toto vše prohlubuje osamělost, nespokojenost a nechuť ke kvalitnímu životu.

3) Posouzení domácnosti částečně imobilního člověka.

4) Druh bydlení (město, vesnice, podlaží, výtah, samota), nároky na údržbu (zpustnutí). Dostupnost dopravy, nákupů, zdravotní péče.

5) Kategorie bytu, přiměřenost prostoru, dostupnost toalety, koupelny, teplé vody. Možnosti a způsob vytápění. Zařízení a vybavení domácnosti. Možnost vaření (uložení nádobí, skladování potravin). Vhodnost a funkčnost nábytku. Dostatečné osvětlení, vhodnost umístění vypínačů.

6) Zabezpečení před cizím člověkem, nebezpečí plynoucí z provozu domácnosti (oheň, popel, plyn). Rizika pádů (prahy, neupevněné koberce, kluzké podlahy, nevhodně rozestavěný nábytek, obtížná dostupnost běžně užívaných předmětů, existence držáků a madel). Možnost přivolání pomoci.

5. 1. Faktory, které by měli zdravotníci pozitivně ovlivňovat⁷

- nezabezpečenost: zajištěním základních tělesných potřeb (strava, přístřeší) s využitím např. pečovatelské služby
- bolest: účinnou racionální analgetickou léčbou
- nesoběstačnost (závislost): účinnou ergoterapií, nácvikem všedních činností, kompenzačními pomůckami, indikací k úpravě životního prostředí (bezbariérové úpravy)
- osamělost: aktivizací rodiny a laických dobrovolníků, nabídnutím vlastního neformálního průvodcovského vztahu
- ztráta soukromí a možnosti rozhodovat o sobě: preferování ambulantní péče v přirozeném, navyklém prostředí se zachováním vazeb, důsledným vyžadováním rozhodnutí a respektování přání alespoň v základních otázkách i u hospitalizovaných nemocných; ochranou osobnosti a důstojnosti
- úzkost a strach: vstřícným rozmlouváním, zodpovídáním dotazů a korigováním pacientových obav (z vyšetřovacích a léčebných zákroků, ale i z umírání), psychoterapií, ev. anxiolytiky (léky proti chorobným stavům úzkosti)
- beznaděj: racionálním povzbuzováním, nabídnutím pozitivních momentů a šancí (nikoliv planým utěšováním a obelháváním)
- ztrátu životní perspektivy a smysluplnosti: orientací na krátkodobé perspektivy a „malé radosti všedního dne“, navržením nových sociálních rolí a schopností (např. v případě invalidizace)
- absencí víry v nadosobní principy: vhodnou duchovní péčí (u věřících spirituální péče pastorální) respektující principiální založení pacienta (např. ateista, či pochybující, zoufající, věřící)
- depresi a psychopatologii: vhodnou medikací
- ztrátu životního programu a strukturalizace času: aktivizačními metodami, nabízením aktivit, v ústavech režimová opatření k rozčlenění dne, nenechávání nemocných po celý den v lůžku (je-li možné vzhledem k chorobě, naléhání na převlékání do civilního oděvu apod.)

⁷ Kalvach Z., Vybrané kapitoly z geriatry a medicíny chronických stavů II. díl, UK, Praha, 1995

6. Výživa a další motivační prvky⁸

Můžeme se zde setkat s výrazem malnutrice – tj. porucha nebo chybný způsob výživy až podvýživa. Je to nerovnováha mezi nároky organismu na živiny a energie a jejich hlavním přívodem. U hospitalizovaných je výživa díky přidruženým nemocem omezena. Výživa ovlivňuje subjektivní stav pacienta, úspěch v léčbě a také uspokojení jeho základních potřeb.

Primární důsledky malnutrice: oslabení imunity, zpomalení hojení ran, otoky způsobené nedostatečným přívodem bílkovin, snížená peristaltika střev, svalová slabost, sklon k trombózám, sklon k proleženinám.

Sekundární důsledky malnutrice: pro populaci – zvýšená morbidita (nemocnost) a mortalita (úmrtnost), prodloužení doby hospitalizace, prodloužení rekonvalescence.

Příčiny vedoucí k malnutrici:

1) Neadekvátní příjem – neschopnost polykat, překážka v horní části trávicí soustavy, poruchy pohybu trávicího traktu, poruchy vědomí, potravinové alergie, mentální anorexie, bulimie, alkoholismus, chudoba, nepříznivé sociální poměry.

2) Poruchy trávení – operace žaludku, chronický zánět slinivky břišní, žlučnickové potíže.

3) Neadekvátní vstřebávání – odnětí části tenkého střeva, zánětlivé onemocnění střev, vředy v trávicím traktu, léky, projímadla, antibiotika.

Každý z nás ví ze své zkušenosti, že se v každé situaci chová jinak, jinak reaguje, všímá si jiných věcí. Pokud se ocitneme v situaci, na které nám záleží, a potřebujeme věci dotáhnout do konce, zatneme zuby a snažíme se co nejvíce danou situaci zvládnout a dosáhnout vysněné mety nebo alespoň se k ní dalším krůčkem přiblížit. Pokud se však ocitneme v situaci, ve které nám o nic nejde, nemáme žádnou motivaci danou situaci zvládnout, mnohdy se raději vzdáme, než abychom chvíli bojovali. Je to jako bychom si šetřili síly na situace, ve kterých je budeme potřebovat. Z toho vyplývá, že motivace je pro nás základním hnacím motorem, který potřebujeme k životu, protože pokud bychom neměli životní motivaci, nemusíme tady být.

Charakteristiku motivace, dalších motivů a potřeby uvádím proto, abych zdůraznila, jak je motivace pro kvalitní život handicapovaných důležitá. Frustrace, deprivace a negativní postoj, je důsledkem nízké motivace a ještě více snižuje kvalitu života.

⁸ Kalvach Z., Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů II. díl, UK, Praha, 1995

Motivace

Je psychický proces vedoucí k energetizaci organismu. Motivace usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Vyjadřuje souhrn všech skutečností – radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco konal nebo nekonal.

Motivy jsou osobní příčiny určitého chování – jsou to pohnutky, psychologické příčiny reakcí, činností a jednání člověka zaměřené na uspokojování určitých potřeb.

Za základní formu motivů jsou pokládány potřeby, ostatní formy se vyvíjejí z potřeb.

Dalšími motivy jsou:

- **Pud** - vrozená pohnutka činnosti, označení pro energii nebo cílenou činnost až nutkání (pud pohlavní, mateřský apod.)
- **Zájem** - získaný motiv, který se projevuje kladným vztahem člověka k předmětům nebo činnostem, které ho upoutávají po stránce poznávací nebo citové. Vyhraněný zájem označujeme pojmem záliba.
- **Aspirace** (ambice) - snaha o sebeuplatnění, vyniknutí. Někdy se označuje také jako ctižádost.
- **Cíl** - uvědomělý směr aktivity, když chceme něčeho dosáhnout, něco vykonat, něčemu se vyhnout, něco dělat či nedělat apod.
- **Ideály** - jsou vzorové cíle, např. ideál životního partnera, způsobu života apod.
- **Zvyk** - tendence vykonávat za určitých okolností určitou činnost.

S motivací jsou také spojeny potřeby. Je vlastně jedno, jakou máme potřebu, ale je důležité uvědomit si ji, vnímat ji a snažit se ji uspokojit. Potřeby máme zakódované již od narození. Mohu uvést potřebu jídla, spánku, odpočinku, vyměšování – ty, bez kterých se neobejdeme. Pak máme také potřeby, které nejsou tak důležité, ale máme je a je třeba je uspokojovat, abychom nestrádali, např. potřeba být upraven, potřeba dívat se na televizi, potřeba mít zvíře.

Potřeba

- Je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, co nás vede k činnostem, jimiž tuto potřebu uspokojujeme. Potřeby dělíme na:

- **biologické** (primární, vrozené) - potřeba dýchaní, potravy, bezpečí, spánku apod.
- **sociální** (získané) - kulturní (vzdělání, kulturní život apod.) a psychické (radost, štěstí, láska apod.)

Americký psycholog Abraham Maslow je autorem stupňovitého řazení potřeb, které v hierarchickém systému organizoval podle jejich naléhavosti pro člověka. Potřeby vyšší se objevují až po uspokojení potřeb nižších. Člověk má obvykle potřebu seberealizace, pokud není hladový, je v bezpečí, milován a uznáván. Např. člověk netouží po nových závěsech do pokoje nebo obraze, když je ohrožován nějakou katastrofou nebo je hladový.

Jak bylo již řečeno, pokud nejsou naše potřeby uspokojovány, dochází k frustraci či deprivaci

Frustrace

Je pocitem zklamání či zmaru. Pokud se něco důležitého nepovedlo a v nejbližší době není šance to napravit ať už proto, že to prostě v dané době není možné anebo v tom brání něco, s čím si nelze poradit.

Frustraci způsobuje nějaká překážka: překážka, která brání vyřešit problém, může být jak v okolním prostředí, tak uvnitř frustrovaného:

- Překážkou z okolního prostředí může být třeba absence peněz, které měly přijít a se kterými se počítalo pro uhrazení závazku. Jste frustrovaní, protože musíte počkat, až peníze dojdou a do té doby máte svázané ruce. Tento problém se ovšem vyřeší v momentě, kdy se částka objeví na účtu.
- Překážkou uvnitř je například averze k rodinnému příslušníkovi, se kterým kdysi došlo k hádce. Od té doby jste se nesetkali, ale při každém setkání s ostatními členy rodiny se o tom mluví, z čehož jste frustrovaní, ale váš odpor k setkání s tímto příbuzným brání uzavření celé situace

Míra frustrace

Frustrace je stav závažného neuskutečnění našich potřeb, které jsou pro každého individuální: každého tedy může frustrovat něco, co druhého nechá v klidu. Například pro někoho je frustrující přestávka před písemným testem, pro jiného čekání na výsledky a pro dalšího oznámení špatných známek. Frustrovaní můžeme být z opakovaného odmítnutí nebo z výzvy, která přesahuje naše schopnosti.

Ovšem nejen naše potřeby rozhodují o tom, co nás frustruje a co nás ještě nechá v klidu. Dalším faktorem je **frustrační tolerance**, která je mírou odolnosti jedince. Ač je dvěma lidem stejná situace skutečně nepříjemná, ten s vyšší mírou frustrační tolerance ji snáší nepochybně lépe. Pokud tomuto stavu čelíme častěji, frustrační tolerance se zvyšuje. Postupně začneme rozdělovat věci na podstatné (velké, závažné, důležité), na nichž nám skutečně záleží a na nepodstatné (malé, nedůležité), kvůli nimž nemá smysl se rozčilovat.

Frustraci lépe snáší dospělí než děti nebo starší osoby. Frustrující situace se také mnohem lépe překonává, pokud se v tomto stavu ocitne více osob. Člověk pak nemá pocit, že je na vše sám.

Deprivace

Označuje nedostatečné uspokojení důležité psychické potřeby jednotlivce. Nejčastěji bývá česky popisována jakožto citové strádání - jakýkoliv nedostatek citu a emocí pociťovaný jednotlivcem. Může se jednat o nedostatek prokazovaného a vnímaného osobního respektu, pociťovaného bezpečí, sdílené lásky nebo vzájemných sociálních vazeb, ale i osobního strádání z nedostatku dalších smyslových podnětů. Slovo deprivace má svůj původ v latinském jazyce (privo – zbavit).

Slovo deprivace lze chápat jako ztrátu, zbavení, nedostatek něčeho, utrpení z nedostatku smyslových podnětů, dlouhodobý nedostatek tělesných a psychických potřeb, ale zejména zbavení se toho druhého na úkor své sobeckosti nebo nedostatečné (rodičovské, životní, sociální, biologické citové a podobně) zkušenosti.

Deprivaci lze také vnímat a chápat jako skrývání či odpírání zájmu. Tím, že před někým skrýváme ochotu a porozumění mu naslouchat a pomoci, přesto že je v naší moci podporu dávat, vyvoláme v tom druhém strádání. Odpíráme-li (skrýváme-li) někomu lásku, přátelství, zájem, naslouchání, tedy to, na co by měl mít z naší strany nárok, posilujeme v něm pocity zklamání, deziluze a nedostatku.

Motivace, potřeby, frustrace a deprivace jsou spojeny s postoji. Naše postoje tvoří významnou součást osobnosti. Jsou součástí zaměření osobnosti vůči světu, vyplývají z její zkušenosti a sociálních pozic. Jsou základem hodnocení světa a jeho objektů. Postoje získané z jedné situace se obvykle přenášejí do situace druhé. Postoje založené na silných potřebách a zájmech jsou odolnější vůči změnám a všechny tyto postoje se získávají sociálním učením.

Postoj

Je názor nebo připravenost k činu, v souvislosti s určitým problémem nebo volbou. Postoje jsou důležitou složkou komunikace. Kromě toho, že postoj je zaměřen na problém či volbu, zahrnuje v sobě i určitou míru intenzity, která je tvořena činiteli:

- vnitřními (potřeby, charakter, zájmy)
- vnějšími (malé sociální skupiny, kultura, rodina).

V inventáři reakcí na frustrační situace se nachází tyto projevy:

- agrese zaměřená na zdroj frustrace nebo i na vlastní osobu
- kompenzace – úsilí o náhradní cíl
- racionalizace – nemožnost dosažení cíle je omlouvána vymyšlením důvodů
- bagatelizace – zlehčování cíle zájmu
- identifikace – frustrovaný se ztotožní s osobou frustrující nebo jinou
- regrese – přestup k chování nižšího vývojového stupně
- negativismus – vzdorovité chování
- únik – do nemoci, k nadměrnému jídlu, k alkoholismu, sexuální promiskuitě
- izolace – odpoutání se od společnosti
- fixace – stereotypní jednání ve všech situacích
- represe – potlačení frustrovaného stavu, vedoucí k úzkostem, depresi
- fantazie – denní snění, splnění cíle je přeneseno do představ
- egocentričnost – upoutání pozornosti na vlastní osobu
- suicidální jednání – pokusy o sebevraždu

7. Partnerské vztahy a integrace⁹

Jedním z významných ukazatelů stavu v oblasti integrace jsou i partnerské vztahy zdravotně postižených. Nutnost řešení těchto otázek se stala tématem diskusí v průběhu

⁹ Jesenský J., Prostor pro integraci, Comenia Consult, Praha 1993

osmdesátých let. Věnoval se jim i pracovní seminář odborníků v této oblasti (viz. Jesenský a kol., 1988).

Specifickým případem potřeby člověka žít mezi lidmi je život s partnerem. Partnerský život vede i k uspokojování potřeby lásky, sexuality a některých dalších potřeb. Za normální se považuje soužití partnerů různého pohlaví. Zdravý partnerský život přerůstá do života rodinného. Toto směřování funkce partnerského života bývá někdy podceňováno.

V potřebě partnerského života se zdravotně postižení neodlišují od zdravých. Ovšem v uspokojování této potřeby jsou zdravotně postižení v různých směrech handicapováni. Projevuje se to již v možnosti výběru partnera, v navazování i udržení partnerských vztahů. Specificky se sem promítá i faktor mužské a ženské role.

7. 1. Tři druhy vztahů

- 1) vztahy postižených se zdravými
- 2) vztahy postižených stejného druhu
- 3) vztahy postižených různého druhu

Statistická šetření o těchto vztazích nejsou dokonalá. Z pozorování praxe lze odvodit prevalence, podle nichž první typ vztahů se týká hlavně osob s nízkou vadou. U postižených od narození se tento typ týká především osob s lehčími, případně středními stupni postižení. Zdá se, že v uchovaných vztazích převládají dvojice, kde postižení jsou mužského pohlaví.

Druhý typ vztahů je poměrně velmi rozšířený. U některých skupin jde o partnery stejného stupně postižení, u jiných skupin se pozoruje prevalence partnerských dvojic, kde u mužů jde o těžší stupeň a u žen o lehčí stupeň postižení.

Třetí typ partnerských dvojic není široce zastoupen. I zde ale pozorujeme prevalenci těžších stupňů na straně mužů a lehčích stupňů postižení na straně žen. Tato pozorování poskytují jen orientační údaje. Přesto naznačují určité tendence v praktickém řešení i nutnost speciálních šetření v této oblasti.

Ve stejném duchu věnuji ještě pozornost specifickým obtížím při navazování i udržování partnerských vztahů u jednotlivých skupin zdravotně postižených.

7. 2. Čtyři hlavní faktory obtíží handicapovaných

- 1) poškozený vzhled
- 2) obtíže v komunikaci
- 3) obtíže v dálkové orientaci na partnera
- 4) obavy z funkčního selhání při kontaktu

Obtíže 1. typu v navazování partnerských vztahů postiženého s nepostiženou a postižené s nepostiženým partnerem, pozorujeme především u vysokých a středních stupňů tělesného postižení, u vysokých stupňů zrakového postižení a u vysokých a středních stupňů postižení roztroušenou sklerózou.

Obtíže 2. typu pozorujeme zejména u vysokých a středních stupňů sluchového postižení a u vysokých stupňů postižení roztroušenou sklerózou.

Obtíže 3. typu zaznamenáváme hlavně u zrakových postižení vysokého a středního stupně.

Obtíže 4. typu zaznamenáváme zvláště u všech stupňů tělesného postižení, u lehkých stupňů sluchového i zrakového postižení, u postižení diabetem, kardiovaskulárními poruchami, respiračními chorobami, u postižení roztroušenou sklerózou všech stupňů, epilepsií a řadou dalších neuvedených onemocnění.

U mentálně postižených se můžeme setkat s obtížemi ve všech uvedených typech. Míra frekvence individuálně kolísá.

Obtíže v navazování partnerských vztahů mají i jiné typy partnerských dvojic, ale tyto obtíže nejsou tak výrazné. Obtíže v navazování partnerských vztahů vedou v lepším případě ke snižování aspirací na úroveň hodnot očekávaných u partnera (Capponi 1988). Speciálně je tomu tak u postižených ženského pohlaví. V horším případě tyto obtíže vedou k rezignaci, zatrpknutí i pocitu méněcennosti. Je zjevné, že při překonávání těchto obtíží musíme počítat s opatřeními výchovného, rehabilitačního, technického i organizačního charakteru.

Defekty disaptibility a handicapu mohou vyvolávat i labilitu dřív vytvořených vztahů mezi partnery. Obtíže v udržení partnerských vztahů podmíněné faktory 1, 2, 3, mohou být překonány porozuměním a adaptací. Tyto faktory mohou být příčinou rozchodu na bázi deziluze po počátečním podcenění obtíží u nových partnerů. Tytéž faktory mohou být

příčinou rozchodu pro neschopnost adaptace na novou situaci u starých partnerů. Častěji se tak stává z viny zdravého partnera.

Tento rozbor ukazuje, že druh a stupeň postižení může hrát významnou roli v utváření partnerských vztahů mezi zdravými a zdravotně postiženými. Vada působí negativně u většiny skupin zejména při navazování vztahů. V poněkud menší míře působí defekt destruktivně při udržování dříve vytvořených vztahů. V nápravných opatřeních se musí zaměřit vliv na oba partnery. Rehabilitovat by se měla celá partnerská dvojice.

Motivace v utváření partnerských vztahů je u převážné většiny zdravotně postižených stejná jako u zdravých. Mladší upřednostňují motivaci erotickou a sexuální. Motivace sociálně pečovatelského charakteru jsou u mladších spíše výjimečné. Starší zdravotně postižení připouštějí sociální motivace při utváření partnerských vztahů v širším rozsahu. Výjimečně se objevují i motivace zistné.

Motivace i utváření partnerských vztahů u zdravotně postižených patří do oblasti sociální rehabilitace. Jen zčásti je řešíme i jako součást léčení a léčebné rehabilitace. Patří však také do kompetence specializovaných předmanželských a manželských poraden a organizování seznamovacích aktivit pro zdravotně postižené, vyvíjených např. na půdě Sdružení Zdravotně postižených (dále jen SZP) i mimo ni.

Pro postiženého člověka má partnerský vztah větší hodnotu, než pro člověka nepostiženého. Nepostižený má možnost vybírat si z neporovnatelně větší škály hodnot, jenž pro člověka mohou nabýt subjektivně větší důležitosti, než člověk postižený. Vhání je do této situace tlak intaktní veřejnosti dotazy typu „kdy už bude svatba, kdy budou děti, ...“

Z hlediska integrace jsou proto zkušenosti předmanželských a manželských poraden specificky zajímavé. Je přitom třeba vzít do úvahy, že u klientely těchto poraden, zaznamenáváme větší výskyt neuroticismu u mužů (Pajerová, Tošan, 1983). Tyto charakteristiky sice převládají, ale neplatí o celé klientele.

Capponi a Novák (1988) uvádějí, že běžná populace zcela vylučuje jako partnera někoho i s poměrně malým zdravotním postižením. Zachází to tak daleko, že lidé, kteří v podstatě zdaleka nejsou zdraví, zcela jednoznačně a s odporem odmítají i sebemeně zdravotně, tělesně, či smyslově poškozeného partnera. Polovina až tři čtvrtiny postižených hledá seznámení s partnerem zdravým nebo alespoň lehčeji handicapovaným nežli jsou sami. 5,4% inzertů mužů explicitně uvádí nějaký handicap, ale jen 0,7% inzertek žen by byla ochotna vadu partnera tolerovat (Šteker, 1985). Capponi a Novák mají za to, že situace

zdravotně postižených je natolik tíživá, že téměř vylučuje pomoc v rámci běžných sociálních služeb (1988).

8. Hipoterapie, jako jedna z forem rehabilitace

Hipoterapie – léčba koňmi

Lidé se pokouší napravit důsledky nejrůznějších onemocnění postihující pohybový aparát rehabilitací nebo fyzioterapií. Jednou z alternativních rehabilitačních metod je právě hipoterapie, která využívá léčebný účinek koňského pohybu. První zmínky o hipoterapii pochází z 60. let 20. století. U nás se hipoterapie začala používat v 80. letech, kdy MUDr. Lia Frantalová v Dětské Hamzově léčebně v Luži – Košumberku začala hipoterapii využívat a propagovat. Vzhledem k dobrému vlivu pohybu koně na pohybový aparát člověka se hipoterapie začala dále rozvíjet.



Hipoterapie obecně

Cílem hipoterapie je co nejbližší přiblížení pohybů pacienta pohybům koňského hřbetu. Neurofyziologické poznatky, získané na základě rytmického kroku koně jsou: za prvé, pohyb vpřed, který je základem motorického vývoje a za druhé je to poznatek, že chůze ve vzpřímeném držení těla je základním pohybovým vzorcem člověka. Od tohoto pohybového vzorce se dále odvíjí veškerý pohyb. Člověk má tendenci dělat pohyby těmi svaly, které se zapojují při chůzi, čili má tendenci sklouznout do stereotypu chůze.

U těch pacientů, kteří mají poruchou hybnosti dolních končetin, jsou tyto končetiny vyřazeny z jejich aktivní činnosti a tím pádem i trup osvobozený od vlivu jejich patologické motoriky, je vystaven působení koňského hřbetu. Tyto skutečnosti vyprovokují v trupu pacienta velice podobné pohyby, které jsou prováděny právě při fyziologické chůzi.¹⁰ Dochází k pohybu pánve a kyčelních kloubů, dostavuje se napřímení páteře a rovnováha hlavy s temenem jako nejvyšším bodem. Tento složitý pohyb zaměstnává i pletenec ramenní a tím i paže. Tyto dvě aktivity, tedy pohyb vpřed v krokovém rytmu koně a chůzový trénink trupu ve vzpřímeném

¹⁰ Kulichová J. a kol., Hipoterapie, Nadace OF, Praha, 1995

postavení vytváří podstatu působení hipoterapie, které žádná jiná metoda nemůže poskytnout. Je to jediný adekvátní trénink trupu, přičemž aktivita trupu je předpokladem pro zlepšení funkce končetin. V optimální, jemné koordinaci trupu je kůň nenahraditelný – trénujeme trup v pohybovém vzorci při vyřazení dolních končetin.

Rytmizace: rytmický krok koně ovlivňuje rytimizaci organismu, která je projevem fyziologického chodu orgánů, neboť všechny orgány v těle pracují rytmicky, což podle Meinela znamená střídání napětí s uvolněním, činnosti s klidem. Bez toho rytmu by se organismus brzy vyčerpal a nebyl by schopen další činnosti. V tom je blahodárné působení rytmu. Vliv rytmu na pohybovou činnost člověka je starou praktickou zkušeností. Odedávna pochodují vojáci pravidelným krokem v rytmu bubnů nebo trubek. Celá dynamika vesmíru i života v něm má periodický rytmický ráz. Nemoci rytmus porušují, markantně se to projeví u spastických a dyskinetických forem dětské mozkové obrny, kde je porušen rytmus řeči i pohybu. Podle Kábeleho má být rytimizace nedílnou součástí léčby DMO. Rytmičné pohyby pacienta na koni, působené diagonálním střídáním nohou a s následnou rotací páteře ve vzpřímeném držení, je čistě specifikem hipoterapie a přispívá velkou měrou k normalizaci svalového tonu, neboť jej ovlivňuje prokazatelně hlouběji, než gymnastika na žíněnce.

Pravidla hipoterapie

1. hiporehabilitace smí probíhat pouze za přítomnosti zkušeného fyzioterapeuta a jeho pomocníků
2. hipoterapie se provádí vždy bez sedla, ale je možné provádět ji s měkkou podložkou, která je opatřena madly, aby se jezdec cítil bezpečně. Sedlo by bránilo působení tepla koně na jezdce
3. jezdec se musí plně ztotožnit s pohyby koně, splynout s nimi a nechat se jeho pohybem zcela ovlivňovat
4. podle probíhající formy hipoterapie a podle toho, kdo je jezdce, se řídí výběr koně. Tedy charakter a výška koně, šířka hřbetu, délka kroku a jeho měkkost a plynulost, mechanika pohybu, tempo a v neposlední řadě výběr terénu. Souhrn těchto požadavků minimalizuje riziko úrazu.

Hipoterapie se zaměřuje na:

- Hiporehabilitaci, tato forma rehabilitace je vhodnou terapií hlavně pro pohybová postižení - např. ortopedická onemocnění (skoliózy), neurologická onemocnění (dětská mozková obrna, roztroušená skleróza), kardiovaskulární onemocnění, astmatická onemocnění, ale i pro obezitu.
- Sportovní ježdění postižených, zde se jezdci snaží připravit koně pro jízdu s handicapovanými klienty.
- Pedagogicko-psychologické ježdění, v této oblasti odborníci vsadili na psychické vlastnosti koně, které se snaží rozvíjet a pomocí nich navazovat pozitivní vazby mezi terapeutem, klientem a koněm. Nejčastěji se pedagogicko-psychologické ježdění využívá pro klienty s mentálním postižením, poruchami chování, mozkovými dysfunkcemi, dětskou hyperaktivitou, logopedickými vadami nebo poruchami učení. Tento směr také posiluje sebedůvěru, obratnost a odvahu.
- Rekondiční ježdění, je určené např. při poúrazových stavech nebo dlouhodobých nemocech.

Využití hipoterapie

Hipoterapie je vhodná pro všechny pacienty - jak pro děti, tak i pro dospělé, přináší jim fyzickou i psychickou relaxaci.

Hipoterapii jako léčbu využijí lidé, kteří utrpěli úraz páteře, ztrátu končetin, mají „nemocná záda“, skoliózu a podobné zdravotní problémy. Nejčastěji a asi největší klientskou skupinu tvoří děti s diagnózou dětská mozková obrna (DMO). Všechny pacienty a to bez rozdílu, spojuje jeden problém – narušený pohyb. Ať je důvodem vrozené postižení mozku nebo úraz či nemoc v pozdějším věku. Svaly na těle nejsou rovnoměrně zatěžovány, proto se vše upravuje změnami v držení těla tak, aby se dosáhlo rovnováhy, nutné pro vznik pohybu. Tento upravený a změněný pohyb však svými měřítky normálnímu stavu neodpovídá. Tělo si nepřipouští, že za nově nabytou rovnováhu zaplatí pokřivením, shrbením, změnou zátěže kloubů, bolestmi a dalšími odchylkami. Všechno se děje pro dosažením jediného cíle – získat pohyb, bez ohledu na pozdější následky.

Koňská i lidská chůze vytváří stejný pohyb. Když si představíme pohyb zadku jdoucího koně, uvědomíme si podobnost s pohybem pánve při chůzi člověka. Pohyb zadních koňských nohou je přenášen přes pánev a hřbet, je sladěn s pohyby předních nohou a pohybem hlavy. Člověk sedící na koni je nucen s tímto pohybem splynout a přijmout koněm udávané tempo. Pokud tomuto požadavku nevyhoví, na koni se neudrží. Díky podobné chůzi koně a člověka dochází k souladu v nabízeném pohybu. Jestliže je pacient pohybově postižen, stačí, když přijme, co kůň nabízí. Pacient se totiž pohybuje jako v chůzi, sice ne na vlastních, ale na zdravých nohách koně. Svaly musí reagovat, dovolují změnu postavení kloubů a nastávají změny také v držení těla, dochází k širšímu rozsahu hybnosti. Člověk na koni prožívá to, co vzhledem k úrazu či vrozené vadě už dlouho, nebo nikdy nezažil. Užívá si zdravý pohyb.

Průběh hipoterapie - dorozumívací prostředky

1) Vysvětlení

- Vysvětlení prvků, co a jak musí pacient na koni dělat, musí být jasné, hlasité a zřetelné. Naší snahou by mělo být přizpůsobení a vcítění se do pacienta. Musíme dát velice jednoduchým způsobem pacientovi najevo, co po něm chceme, ev. co dělá špatně a proč to špatně dělá.

2) Předvedení

- Pro jednoduchost a rychlé pochopení sami předvedeme požadované prvky i s komentářem. Ukážeme co předvádíme, jakým způsobem děláme danou věc. Požadované prvky můžeme předvádět na hřbetu koně, ale i ze země. Pacient musí pochopit, jak kůň vnímá pohyby, které člověk dělá, čeho se může polekat a co mu naopak může být příjemné.

3) Pozorování

- Pacienti kopírují své trenéry, ale i ty schopnější mezi sebou. Na trenérovi je, aby zjistil chyby, kterých se pacienti dopouštějí, a snažil se je odstranit, než se jim vryjí do paměti.

4) Opakování

- Opakováním se upevňují návyky a zesiluje se proces výuky.

Nasedání

U koně je důležité, aby stál klidně u rampy, byl zvyklý na to, že člověk na něj může nasednout z obou stran, což je důležité hlavně u hemiparéz (částečného ochrnutí poloviny těla). Pomocník musí být schopný udržet koně v klidu do té doby, než se pacient usadí pevně na koni. Výška rampy je uzpůsobena dle výšky koně a měla by být přístupná z obou stran.

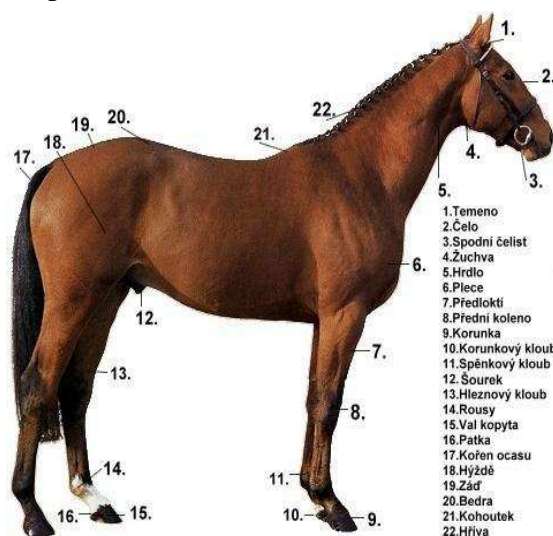


V ideálním případě je rampa uzpůsobena pro nájezd s vozíkem. Rampa je z obou stran opatřena zábradlím a plošina rampy by měla být dostatečně široká, aby se tam vešel kromě vozíku s pacientem i pomocník. Rampa nesmí mít ostré hrany, aby nedošlo k poranění koně a kůň si díky tomuto negativnímu zážitku ne vytvořil nepříjemné asociace v mysli.

Pokud není rampa k dispozici, nasedání se uskutečňuje vyzdvižením pacienta na koně. Kůň by měl být na ruch okolo nasedání zvyklý.

Sed na koni

Velmi důležitý pro hipoterapii je i správný sed na koni. Korektní sed¹¹ jezdce je v „Encyklopedii koní“ od J. Hermsen krásně a srozumitelně popsán ve zkratce a pár slovy jednoduše asi takto: „Jezdec sedí vzpřímeně, ramena spustí lehce dozadu a dolů. Horní části paží splývají uvolněně podél těla, lokty nesmějí směřovat ven a předloktí tvoří jakoby prodlouženou část otěží. Dlaně jsou lehce sevřené a držené rovně asi jednu pěst před a nad kohoutkem koně (kohoutek koně neboli hřbetní hrbol je nejvyšší místo na hřbetu koně – viz. obrázek popis koně). Palce směřují lehce nahoru. Zápěstí jsou uvolněná, aby jezdec mohl vytvořit jemný kontakt s hubou koně. Ruka je klidná, otěže jsou stále lehce napnuté a přitom se jezdec snaží, aby jeho ruka pružně sledovala pohyb koňské huby. Uvolněnost je nejdůležitější



¹¹Hermsen J., Encyklopedie koně, REBO Productions, 2008

předpoklad pro korektní sed. Také stehna a kolena jezdce jsou lehce a neustále přiložena k sedlu. Poloha kolen zůstává stále stejná. Tak jezdec docílí správné polohy holení. Holeními jezdec koně pobízí. Holeně jsou přiloženy ke koni na zadním okraji podbřišníku a splývají volně dolů. Chodidla jsou vsunutá do třmenů po nejširší část podrážky. Paty jsou prošlápnuté a špičky chodidel směřují dopředu. Pro správný sed je velmi důležitá také délka třmenových řemenů.

Před nasednutím upravíme délku řemenů asi na délku naší natažené paže. Správnou délku řemenů dokážeme správně určit teprve v sedle. Spustíme-li holeně volně ze sedla dolů, měly by třmeny dosahovat asi tři centimetry nad podpatky jezdeckých bot. Při správném držení těla si můžeme promítnout přímku, která jde od hlavy jezdce přes kyčle ke kotníkům.“ Na popisu vidíme, jak je sed důležitý a je v něm zahrnuto veškeré jezdecké umění, neboť rozvíjí pohybový dialog mezi klientem a koněm. Je to základní požadavek platný ve sportu i hipoterapii. Rozdíl je jen v chování jezdce, kdy při sportovní jízdě působí jezdec na koně a při hipoterapii je to opačně.

Jištění při hipoterapii

Kromě vodiče koně je potřeba mít ještě jednoho až tři pomocníky, kteří jsou nápomocni při jištění pacienta na koni. Pokud je stav pacienta těžký, jeden z pomocníků si za pacienta sedne a další dva pomocníci jdou každý z jedné strany vedle koně a jistí pacienta ze země. V lehčích případech, jdou jeden až dva pomocníci vedle koně a jistí pacienta jen ze země. Názory na to, zda pacienta jistit řemeny a pásy se velice různí. Pokud použijeme jištění nohou ke třmenům, můžeme použít tenkou gumičku nebo suché zipy, které při pádu ihned povolí.

Jištění při přechodu k aktivnímu ježdění

Při přechodu k aktivnímu ježdění se řídíme povahou a mírou handicapu pacienta. Každý pacient vnímá koně jinak a ne pro každého je možné usednout na koně bez předsudků a bázně. Pro bázlivější či více handicapované pacienty je možné v první fázi ježdění použít jako určitou formu jistoty fixační pásy na sedle. Nejvíce užívané jsou suché zipy.

Jízda na koni

Při samotné hipoterapii musí být kůň veden vodičem. Pacient při ovládání koně je pasivní, pouze na koni zaujímá správnou polohu pro dosažení terapeutického cíle. Pacient je vždy kontrolován z obou stran koně a to minimálně fyzioterapeutem a jeho pomocníkem.

Sesedání

Pokud je stav pacienta takový, že dovolí sesednutí z koně bez použití rampy, využijeme tento způsob. Kůň musí stejně jako při nasedání stát klidně, pomocník dbá na to, aby se pacient nesmekl pod koně nebo se nedostal do blízkosti přední nohy koně. Velký pozor musíme dát při přesunu nohy pacienta přes záda koně, aby pacient nekopl koně do slabin. Nejlepším jistěním je zvýšená pozornost všech lidí, kteří se okolo koně a pacienta pohybují.

Přínos hřbetu koně pro pacienta s vadou páteře

Páteř koně v jeho kroku, při chůzi po rovné čáře, opisuje pravidelnou sinusoidu, což má na pacienta blahodárné účinky.

Kůň působí na pacienta i pomocí smyslových impulsů

- 1) taktilní neboli hmatový či dotykový impuls - zajišťuje dotyk hýžděmi, dolními končetinami a rukama
- 2) zrakový je jedním ze stimulantů, které velice blahodárně působí na vnímání handicapovaného, uvedu zde prostředí jízдарny, světla či barvy
- 3) čichový je dalším neopomenutelným stimulantem - charakteristická vůně koně a stájí může v pacientovi probouzet příjemné vzpomínky

Tyto impulsy přes vnitřní - proprioceptivní systém (zrak, sluch, „pocity pohybu“) vyvolávají řadu aferentních (přenášejících) signálů.

Požadavky na hiporehabilitačního koně¹²

- 1) Musí bezmezně milovat lidi a důvěřovat jim v každé situaci.
- 2) Nesmí být lekavý a lechtivý.
- 3) Musí být psychicky vyrovnaný.
- 4) Mechanika pohybu musí být dokonalá.
- 5) Musí trpělivě stát u rampy při nasedání a sesedání pacienta.

¹² Kulichová J. a kol., Hipoterapie, Nadace OF, Praha, 1995

- 6) Musí být ochoten nést dva jezdce najednou.
- 7) Musí být lehce ovladatelný ze sedla i při vodění.
- 8) Důležitá je samostatnost, pracuje-li sám, nesmí projevovat nervozitu ze samoty.

Přínos hipoterapie

Hipoterapie skutečně maximálně využívá vše, co kůň nabízí, tedy pohyb, emoce, kontakt a prostředí. Využívá trojrozměrného pohybu koňského hřbetu při chůzi, tj. pohyb zepředu dozadu, nahoru a dolů, z boku na bok. Pohyb koně probíhá šestnácti možnými variantami, podle toho, kterou nohou kůň vykročí a přenáší se přes pánev pacienta na jeho tělo. Tím vyvolá pohybový vzor, který je stejný jako při lidské chůzi. Je to jedinečný přínos hipoterapie a není nahraditelný žádnou jinou rehabilitační metodou. Pohyb hřbetu koně posiluje centrální nervový systém pacienta, protože musí udržovat rovnováhu a koordinovat své pohyby. Má to blahodárný vliv na posílení koordinace pohybů a stability, zvýšení rozsahu pohyblivosti a narušení (později i odstranění) nesprávně vykonávaných pohybů. Hipoterapie také působí na zvýšení svalového napětí, zlepšení v držení těla, stabilitě hlavy, trupu a končetin, svalové síly, sebevědomí, radosti ze života a v mnoha dalších oblastech. Zvlášť u tělesně postižených je velkou výhodou využití teploty koňského těla, protože podporuje uvolnění ztuhlého svalstva. Hipoterapie má svůj úkol také při psychoterapii - pacienti se pomocí koně učí navazovat kontakty a lépe komunikovat nejen s koněm, ale i s ostatními klienty. To vše posiluje motivaci pacienta, zvyšuje jeho pozornost a soustředění, ale také odpoutání od negativních vlivů – třeba od bolesti.

Tři různé základní modely organizací, zabývajících se léčebnou jízdou na koni:

1) Organizace zabývajících se pouze hipoterapií

Zde jsou koně využity pouze pro rehabilitaci hipoterapií. Hiporehabilitace je prováděna pod lékařským dozorem. Koně jsou připravováni a ošetřováni fyzioterapeutkami (ty mají amatérskou jezdeckou licenci) nebo jezdeckými cvičiteli. Obvykle koně nejsou používáni k práci se zdravými jezdci, ale někdy mohou být poskytnuti pro klasické jezdecké hodiny handicapovaným. Z toho nám vyplývá, že zde nedochází k integraci, což se jeví jako jejich hlavní nevýhoda. Tento model práce je u nás používán např. v ÚSP Zbůch (Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež), v lázních Luže – Košumberk. Tento model je vhodný pro relativně uzavřená a oborově specializovaná zařízení, jako jsou léčebny, protože využít

koní pro ježdění postižených je v tomto případě maximální. Financování je zajišťováno zdravotní pojišťovnou a velmi důležitou finanční oporou jsou příspěvky z různých nadací, či od sponzorů.

2) Integrační zařízení

Integrační zařízení ve většině případů zajišťují hipoterapii a výuku handicapovaných k jezdeckví. Dále tato zařízení slouží jako jezdecké kluby či oddíly pro zdravé děti a díky tomu vytvářejí neformální prostředí pro integraci. Financování těchto zařízení je zajišťováno ze státních dotací a sponzorských darů. Integrační zařízení poskytují i jezdecké hodiny a díky této snaze jsou schopna si určité finanční prostředky zajistit sama.

3) Vyloženě sportovně zaměřené oddíly na sport postižených

V této sekci lze v současné době uvést pouze oddíly ze zahraničí, protože u nás jsem zatím nedohledala kluby s podobnou tematikou zahrnující i jezdeckví. Uvedu tedy oddíly, které jsou členy sportovního svazu tělesně postižených. Tyto oddíly se nacházejí např. hned v sousedním Německu. Jejich snahou je nalézt a provozovat i jiné sporty, vhodné pro tělesně postižené.

Pro úplnost bych ráda na závěr tohoto tématu citovala obecně veškeré kontraindikace (tzn. okolnosti nebo stavy pacienta vylučující některé léčebné postupy, výkony nebo užívání některých léků – v našem případě využití hipoterapie jako rehabilitace), které jsou uváděné v knize Hipoterapie, jejíž autorkou je Kulichová J. a kol. Zcela úmyslně jsou zde uvedené všechny typy kontraindikací, aby bylo zřejmé, kdo se může posadit na koně a kdo ne.

Hlavní kontraindikace:¹³

1) veškeré aseptické nekrosy ve floridním stadiu

(M. Pethes, M. Scheurmann), ale v jejich doléčení je možno léčebného ježdění na koni použít

2) systémová onemocnění

juvenilní revmatoidní artritida, M. Bechtěrev a pod. v akutní fázi

¹³ Kulichová J. a kol., Hipoterapie, Nadace OF, Praha, 1995

3) spondylolistéza a spondylolýza

nad 1,5 cm posunu těla obratle

4) luxace kyčelních kloubů vyšších stupňů

je nutné správně rozlišit subluxaci, kde uvolněním svalového korzetu, k němuž během jízdy dochází, může dojít k manifestní luxaci

5) zvýšená lomivost kostí

ať již hereditární, tak získaná osteoporóza při léčbě kortikoidy nebo z jiných příčin interních onemocnění a nepřiměřeně pokročilá osteoporóza vzhledem k věku

6) úzkost dítěte a nepřekonatelný odpor ke koni

V mnoha případech je rodiči, kteří mají vážně postižené dítě, považována za jednu z možných nadějí na zlepšení stavu dítěte. Dítě však samo o ježdění někdy zájem nemá, nebo se přímo koně bojí. V tomto případě se osvědčilo u dítěte za pomoci rodičů postupně přes krmení a hlazení zvířete překonávat odpor ke koni. Výsledkem je, že buď se dítě koně přestane bát a zařadí se do rehabilitace, nebo si rodiče uvědomí chybu svého postoje a na další terapii nenaléhají.

7) věk dítěte pod 3 roky věku

8) alergologická onemocnění s alergií na prach, koňskou srst

9) poruchy krvácivosti a srážlivosti

10) oběhová a respirační insuficience, hypertenze III. a IV. stupně

11) těžká myopie, hrozící odchlípení sítnice

12) atlantookcipitální instabilita (častá u M. Down)

13) spina bifida nad L3

9. Problematika bydlení¹⁴

Zásadní změna v životě handicapovaného člověka nastává tehdy, kdy handicapovaný usedne na vozík a začíná žít ve zcela nově uspořádaném domě nebo bytě, který je uzpůsoben jeho potřebám. Bezbariérovost bytů, domů, našich měst a zemí je často diskutovanou otázkou, která se pomalu začíná řešit, avšak tato problematika je tak složitá, že potrvá ještě velice dlouho, než bariéry z našich měst zmizí. A je docela dost dobře možné, že generacím po nás bezbariérovost bude připadat normální a že je vůbec nenapadne, že společností před nimi dalo mnoho práce bariéry odstranit a umožnit tak handicapovaným lidem rovnoprávný život s lidmi zdravými.

Tuto část své práce jsem si vyhradila právě proto, abych se v ní mohla zabývat bezbariérovostí bytů a jejich vstupních prostor. Byt jsem si vybrala z toho důvodu, že podle mých zkušeností a úvah je to nejčastější typ bydlení lidí s tělesným handicapem.

9. 1. Důležitá fakta při rekonstrukci či stavbě bytu („bytu pro zvláštní určení“) pro osoby s pohybovým postižením

Šíře vstupní části domu vychází z rozměrů vozíku, které jsou pro ni určující. ¹⁵**Dveře** smí být zaskleny od výšky 40 cm, nebo musí být chráněny proti mechanickému poškození vozíkem. **Zámek dveří** musí být umístěn nejvýše 100 cm od podlahy, **klika** nejvýše 110 cm. **Horní hrana zvonkového panelu** smí být nejvýše 120 cm od úrovně podlahy s odsazením od pevné překážky nejméně 50 cm.

Dále se zaměříme na **prostor zádveří** (zádveřím je myšlen prostor, který je nutný pro otevření dveřního křídla a také pro případné umístění předsíňového nábytku nebo dalšího příslušenství do chodeb a vestibulů), kde musíme počítat nejen s prostorem pro dveřní křídlo, ale i pro vozík. Minimální hloubka zádveří je při otevírání dveří 290 cm. Pokud však zádveří není nijak vybaveno a pouze spojuje prostory, je jeho minimální šířka 165 cm. Pokud máme zádveří vybaveno (v panelových domech nejčastěji schránkami), musíme tento zádveřní prostor rozšířit minimálně o 90 cm. **Domovní schránky**, ale i jakékoliv **police** či **skříňky** smí být umístěny ve výši 85 – 120 cm nad podlahou.

¹⁴ Filipiová D., Život bez bariér, Projekty a rekonstrukce, Grada Publishing, Praha 1998

¹⁵ Sbírka zákonů č. 398/2009 Sb. Vyhláška ze dne 5. listopadu 2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

Asi nejjednodušším otevíráním vstupních dveří je otevírání dveří na dálkové ovládání, to je však nejčastěji užito pro byty se zvláštním určením. Pokud si dveře musí handicapovaný otevírat sám, musí být tyto dveře vybaveny vodorovnými madly. Nejpohodlnější **umístění madel** na dveře je ve výšce 80 – 90 cm přes celou jejich šířku. Madlo musí být umístěno na vnější části dveří, pokud bude i na vnitřní části dveří, usnadní práci s otevíráním dveří handicapovanému.

Chodba by měla být vybavena po obvodu ve výši 80 – 90 cm též madly. **Stěny** všeobecně by měly být obloženy od země do výše 40 cm dřevem nebo jinou odolnou krytinou, která zed' chrání proti poničení od stupaček vozíku. **Podlahová krytina** musí být bezesporu protiskluzová. Šetřit na této krytině se nevyplácí. Neduhy levných podlahových krytin jsou např.: špatná údržba – linolea se velice často zanášejí a jejich čištění je velice zdoluhavé až nemožné. Některé podlahové krytiny obsahují výstupky, které se buď špatně zdolávají pro lidi na vozíku, nebo jsou obtížně schůdné pro lidi o holích.

Běžně se v panelových domech setkáváme s tím, že za vstupními dveřmi vedou schody dolů či nahoru k výtahu. Pokud dostaneme povolení od příslušného družstva, nejjednodušší variantou je tyto schody vybourat a v celé jejich šířce vybudovat rampu.

¹⁶**Bezbariérové rampy** musí být široké nejméně 150 cm a jejich podélný sklon smí být nejvýše v poměru 1:16 (6, 25%) a příčný sklon nejvýše v poměru 1:100 (1, 0%). Bezbariérové rampy musí být po obou stranách opatřeny madly ve výši 90 cm. Madlo musí být odsazeno od svislé konstrukce ve vzdálenosti nejméně 6 cm. Tvar madla musí umožnit uchopení rukou shora a jeho pevné sevření.

V případě, že povolení k vybourání schodů nedostaneme, nebo šířka určená k vybudování plošiny je příliš úzká, vyřešíme tuto situaci **schodišťovou zvedací plošinou**. Pořizovací náklady jsou však velice vysoké – cena této zvedací plošiny se šplhá v řádu několika stovek tisíc korun, dle délky schodišťového ramene. Dobrou zprávou je, že na zřízení plošiny může přispět odbor sociální péče až do plné výše, avšak nemusí. Ocitneme-li se v panelovém domě například pouze o čtyřech podlažích, je pravděpodobné, že tam výtah nenalezneme. V tomto případě se doporučuje využít tzv. **schodolezu**.

Schodolez je stroj robotového typu s pásovými koly, na který vozíčkář najede, přichytí vozík a schodolez s ním zdolává schody. Při využití schodolezu musíme počítat

¹⁶ Sbírka zákonů č. 398/2009 Sb. Vyhláška ze dne 5. listopadu 2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

s manipulačním prostorem pro najetí a to nad i pod schodištěm a také prostor pro úschovu – garáž pro tohoto robota. Organizace nebo spolky jsou schopné schodolez vypůjčit. Cena za vypůjčení schodolezu se pohybuje v řádu několika stokorun měsíčně.

Domovními dveřmi jsme prošli, k výtahu jsme se dostali, zaměříme se tedy na výtah samotný. Před vstupem do výtahové kabiny musíme mít stále na mysli **manipulační prostor** 150 x 150 cm, který je pro vozíčkáře ideálním pro pohodlný vjezd a výjezd z výtahu.¹⁷ Tato volná plocha před nástupními místy na zdvihací plošiny může být v odůvodněných případech zmenšena na až na šířku nejméně 120 cm a hloubku nejméně 150 cm u nájezdu s otočením a na šířku nejméně 800 cm a na hloubku nejméně 120 cm u přímého nájezdu.



Ovládací tlačítko výtahu sloužící k přivolání kabiny, tlačítko pro volbu požadovaného poschodí či přivolání pomoci musí být umístěno ve výši 60 – 120 cm.¹⁸ **Šířka vstupních dveří** musí být dle vyhlášky č. 398/2009 Sb. stavebního zákona¹⁹ minimálně 90 cm. Aby vozíčkář sám zvládl jízdu výtahem, je důležité, aby dveře nebyly mechanicky otevíratelné, ale aby se s přivoláním kabiny dveře automaticky otevřely (volíme samočinné vodorovně posuvné dveře) a vozíčkář měl dostatek času na vjezd či výjezd. Proto je vhodné nastavit časovou rezervu od otevření po zavření dveří dostatečně velkou, aby výtahové dveře vozíčkáře při nastupování či vystupování neskříply.²⁰ Podle vyhlášky č. 398/2009 Sb. stavebního zákona musí být u bytových domů s byty pro tělesně postižené a u nově navržených objektů **minimální šíře výtahové kabiny** 110 cm a hloubka 140 cm. Výtahová kabina musí být vybavena **telefonním či signalizačním zařízením**, a to ve výši do 120 cm. Vjezd a výjezd z kabiny musí být stejně vysoký jako podlaha, na kterou vozíčkář najíždí.

¹⁷ Sbírka zákonů č. 398/2009 Sb. Vyhláška ze dne 5. listopadu 2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

¹⁸ Život bez bariér. Projekty a rekonstrukce. Daniela Filipiová, Grada Publishing, 1998

¹⁹ Sbírka zákonů č. 398/2009 Sb. Vyhláška ze dne 5. listopadu 2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

²⁰ Sbírka zákonů č. 398/2009 Sb. Vyhláška ze dne 5. listopadu 2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

Chodby ve vnitřních částech budov by měly být široké 150 cm, aby umožňovaly i doprovod vedle vozíku. **Existence prahů**, nepřipevněných rohožek či nerovností povrchu chodby je vyloučena.

Od výtahu jsme chodbou prošli až ke dveřím vlastního bytu. Dveře musejí být stejně jako vstupní dveře domu vybaveny madlem, umístěným ve výši 80 – 90 cm. **Šířka dveří** je ideální kolem 90 cm. Vždy se řídíme heslem „čím více prostoru, tím lépe“. Počítáme i s tím, že vozíčkář má doma dva vozíky, jeden elektrický, druhý mechanický, nebo jeden venkovní a druhý domácí, takže opravdu ocení dostatek manipulačního prostoru. Po vstupu do bytu si potřebujeme rozsvítit. **Vypínač** by proto měl být umístěn co nejbližší po otevření dveří, ve výšce 60 – 120 cm na stěně, která je nejbližší dveřnímu zámku. Tato výška vypínače je platná pro celé řešení bytu. Hned za dveřmi bývá umístěn i **domácí telefon**, který je dobré umístit do stejné výšky jako vypínače, tzn. 60 – 120 cm od země. **Elektrické jističe** bývají umístěné také v chodbě bytu, umístíme je stejně jako vypínače a domácí telefon. Umístíme-li tyto ovládací prvky do rohu místnosti, umístíme je min. 40 cm od rohu místnosti pro dobrou dostupnost vozíčkáře.

Celý byt by měl být po svém obvodu opatřen obložením od země do výše 40 cm jakoukoli krytinou, která zabrání poškození zdi stupačkami. Velice hezké je užití dřeva, díky kterému se celý byt vizuálně zateplí a vytvoří domácí pohodu. **Zásuvky** po celém bytě umístíme ve výšce 60 – 120 cm a nejméně 50 cm od pevné překážky.

Nábytek v bytě

Jak jsem se již zmínila, je dobré, když celý byt je co nejvíce prostorný, proto si každý kus nábytku, který zde umístíme, dobře rozmyslíme. Je velice nepraktické zastavět si velkou část bytu hezkým nábytkem, když se mu pak handicapovaný musí při každém projetí vyhýbat, nebo když do něj naráží.

Pokud můžeme ovlivnit stavbu bytu, nejlepším způsobem je v celém bytě užít vestavěných skříní a nábytku. Vyhne se pak nepříjemným rohům, objíždění nábytku a také ploše, o kterou se musíme starat (utírání prachu). Pokud byt jen předěláváme, nebo z jakéhokoli důvodu vestavěný nábytek nechceme, tak si v předání vystačíme s věšákem na oblečení, šatní skříní a úložným prostorem na boty. **Horní hrana skříně** nesmí překročit 120 cm.

Velice důležitou věcí, kterou nesmíme opomíjet, je skutečnost, že vozíčkář při manipulaci s předměty, které vyndává i ukládá do skříní, potřebuje pod tuto skříň zajet

stupačkami vozíku. Proto musí být **skříň** na 25 cm vysokém soklu, který je alespoň 10 cm zanořen. Tento sokl musí být stejně jako stěny bytu obložen jakýmkoliv odolným materiálem proti odřením. Všechny skříně či úložné prostory je nutno pevně uchytit ke zdi. Toto uchycení je nutné vzhledem k menší základně, na které stojí. Pokud do skříní zabudujeme posuvné dveře, usnadníme tím vozíčkářům fyzicky náročnou manipulaci s vozíkem, která při otvírání a zavírání skříní s křídlovými dveřmi nastává. **Dveřní křídlo** pak bude 35 – 50 cm široké a posun dveřního křídla bude snadný - „pohyb se dá uskutečnit jedním prstem“. Poslední měrou je **hloubka skříně**, ta je ideální do 60 cm.

Vozíčkáři též mohou volit tak zvaný **pantograf**, který je v nastavci skříně. Tato skříň má výšku jako u běžného uživatele. V ní je zabudován sklopný pantograf – výklopná tyč s ramínky, na kterou si vozíčkář věší oděvy. Tuto výklopnou tyč si vozíčkář pomocí tyče, kterou má ve své dosahové vzdálenosti, sklopí a vybere si svůj požadovaný oděv a následně tyč zaklopí zpět do skříně. Tuto variantu užíváme spíše v menších bytech, kde bojujeme s nedostatkem prostoru.



Poslední zmínkou ke skříním jsou vhodné úchytky. S ohledem na možné postižení rukou nelze použít dříve velmi moderní knoflíky, které lze při tomto postižení jen velice těžko uchopit. Proto volíme ²¹**úchytky** ve tvaru „U“, cca 7 – 10 cm širokého a „hlubokého“ cca 4 cm. Úchytky mohou být buď kovové, nebo dřevěné. Před skříní musíme počítat s minimálním manipulačním prostorem, kterým je pás široký 120 cm.



Při nakupování nábytku nekupujeme celé sestavy, ale nakupujeme pouze jednotlivé potřebné části, které si umístíme do námi požadované výšky a tak, aby zcela vyhovovaly individuálním potřebám klienta či našeho blízkého.

Oblíbeným a často užívaným prvkem, který se hodí do každé místnosti bytu, je mobilní věšák na oděvy. Lze na něj snadno pověsit bundu, kabát, košili, kalhoty, klobouk i deštník. Zde má vozíčkář po ruce nejužívanější části oděvů, které si sám velice lehce pověsí i sundá. Samozřejmostí je dodržení maximální dosahové výšky 120 cm. Věšáky se nejčastěji vyrábějí dřevěné v různých barevných provedeních. Jejich výhodou je výšková nastavitelnost.

²¹ Život bez bariér. Projekty a rekonstrukce. Daniela Filipiová, Grada Publishing, 1998

Obývací pokoj

Obývací pokoj většinou bývá středem veškerého dění. O skříních jsme si již řekli v předchozí kapitole, nyní tedy zbývá vybrat správnou sedací soupravu a konferenční stůl. Zamysleme se nad počtem obyvatel bytu, jejich sedacími a prostorovými nároky. Pokud jsme v bytě pouze dva, je zbytečné koupit pohovku se dvěma křesly a zaplnit tím prostor potřebný pro manipulaci s vozíkem. V tomto případě volíme pouze pohovku, která má rozkládací funkci. Tím máme vyřešenou otázku, kam posadit hosty a jejich případné přespání.



Máme-li prostorný obývací pokoj, nebojíme se koupit každému členu rodiny vlastní křeslo. Křesla můžeme, dle naší potřeby, přemísťovat. S jednotlivými křesly je snazší manipulace, kterou případně zvládne i vozíčkář. Vozíčkáři můžeme do obývacího pokoje pořídit **relaxační křeslo** (může být využíváno celou rodinou), tím je umožněna změna polohy z vozíku na křeslo. Relaxační křesla uvolní svalové napětí, uleví páteři a odlehčí sedacím partiím. Vsedě je páteř desetkrát více zatížená než ve stoje, proto je třeba ji pravidelně odlehčovat.

Při dlouhodobém sezení či ležení je velké riziko vzniku dekubitů – proleženin. Dekubity vznikají působením tlaku na kůži z vnějšku nebo vnitřku. U vozíčkáře jde o trvalé stlačování mezi podložkou a sedací kostí nebo mezi podložkou a ležícím tělem. První fází je zarudnutí kůže, které je možno masírováním odstranit.

Ve druhé fázi vzniká puchýř, jehož protržením z těla odchází hnis a zhojení takto poškozené kůže je velmi náročné a vyžaduje značné úsilí.

Výrobci zdravotních pomůcek se v posledních letech zaměřují na vyvinutí co nejúčinnější **antidekubitní podložky**. Tyto podložky se pohybují mezi několika tisíci korunami a jejich pořízení je plně hrazeno pojišťovnou.

Vraťme se k požadavkům na relaxační křeslo. Toto křeslo²² musí mít výše položený sedák. Správná výška sedáku by měla být alespoň 45 cm. Měl by být pružný. Pružnost sedáku postiženému, ať již je to vozíčkář nebo těžce chodící osoba, pomůže přesednout na vozík, respektive do stoje. Jsou i křesla, která mají zvedací mechanismus na principu *katapultárního* zařízení. Křeslo se pomocí elektrického ovladače pozvolna zvedá a sedícího pomalu zdvihá ze sedu do stoje.

Čalounění pohovek nesmí být příliš měkké, aby se do něj postižený nezabořil, protože pak velice těžko vstane. Na tvrdší čalounění položíme antidekubitní položku a tím zabráníme vzniku dekubitů.

Područky u pohovek volíme vyšší a pevné, aby se o ně postižený mohl bezpečně opřít.

Potah volíme z přírodních materiálů, aby nedocházelo k zapáření, což je jedním z faktorů vzniku dekubitů. Velice praktické jsou potahy, které se dají vyměňovat a prát.

Opěradla pohovek by měla být cca 75 – 80 cm vysoká, nejvhodnější však je, když si postižený může i v přirozené poloze opřít hlavu. Sklon opěráku a sedáku by neměl dovolit velký záklon hlavy. Relaxační křesla kupujeme i s podnožkou.

²³V každé obytné nebo pobytové místnosti musí mít nejméně jedno **okno** pákové ovládání nejvýše 110 cm nad podlahou. Parapet smí být nejvýše 60 cm nad podlahou. Okna s parapetem nižším než 50 cm a prosklené stěny musí mít spodní části do výšky 40 cm nad podlahou opatřeny proti mechanickému poškození.

Hygienická zařízení

²⁴Stěny **hygienických zařízení** musí po konstrukční stránce umožnit ukotvení opěrných madel v různých polohách s nosností minimálně 150 kg. Po osazení všech zařizovacích předmětů musí být zachován volný manipulační prostor o průměru nejméně 150 cm. Podlaha musí být protiskluzová. Podrobnosti ohledně rozměrů koupelny a záchodu jsou uvedeny ve vyhlášce č. 398/2009 Sb. stavebního zákona.

Aby se tyto poznatky v tvorbě či přestavbě domova pro handicapované daly lépe představit, či využít, navrhla jsem vzorový byt pro handicapované, který jsem v grafické

²² Život bez bariér. Projekty a rekonstrukce. Daniela Filipiová, Grada Publishing, 1998

²³ Sbírka zákonů č. 398/2009 Sb. Vyhláška ze dne 5. listopadu 2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

²⁴ Sbírka zákonů č. 398/2009 Sb. Vyhláška ze dne 5. listopadu 2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

podobě přiložila ke své bakalářské práci. Náčrtek bytu bez popisů i s popisky je uveden v přílohách.

10. Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky zde uvedené, jsou pouze hrubým a omezeným výčtem těch, co existují. Tyto kompenzační pomůcky jsou uvedeny v závislosti na dále uvedených kazuistikách a osobních anamnézách.

- 1) Koupelna a toaleta – samozřejmostí jsou různé velikosti madel, toaleta bývá na zvýšeném stupínku, lze využít i nástavce na WC nebo toaletní židle a vozíky. Často se využívá i sedačka do vany nebo na vanu.
- 2) Antidekubitní pomůcky - pomůcky a deky proti otlakům, suché plování.
- 3) Nedílnou součástí bezbariérového bytu by měla být – hladká krytina, madla, možnost zajištění stupaček od vozíku pod veškerý nábytek, polohovací a zvedací lůžka.
- 4) Před vchodem do domu – pomocníkem je světlo na základě pohybového čidla, dále handicapovaní vítají nájezd od auta přímo do domu, dosah na zvonky 100 – 120 cm nad zemí. Rozměry výtahu – nákladní výtah 180 x 140 cm, manipulační prostor před výtahem 150 x 150 cm.
- 5) Úprava auta – plyn se ovládá pouze rukou – páčkou, která bývá umístěna vlevo, naopak brzda bývá umístěna vpravo; zvláštní, přídavný kruh na volantu je pro přidávání a ubírání plynu; sedačky jsou otočné, dveře dálkově otevíratelné, některá větší auta obsahují i zvedací plošinu.
- 6) Pokud nelze odstranit bariéru – řešením jsou lyžiny či schodišťové plošiny.

11. Specifické služby pro handicapované

- V této kapitole se zmiňuji o oblastech, jako jsou např. lékařství, psychologie, speciální pedagogika atd. Každou oblast lehce rozeberu a vypíši, čím se zabývá a co nám může nabídnout.

12. Podrobný popis zařízení, kam se handicapovaný může obrátit

- Zde jsou charakterizovány sociální péče a služby, které jsou u nás běžně využívány.

13. Kde hledat pomoc a informace²⁵

- V této kapitole jsou přímé kontakty na organizace a zařízení. Lze zde najít jak informace všeobecné, tak přímo související s daným tématem.

Výše uvedené kapitoly č. 11., 12., a 13. jsou charakterizované pouze velice krátce. Jejich plnou podobu nalezneme v přílohách.

²⁵ Libor Novosad, Základy speciálního poradenství, Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, Portál, Praha 2006

PRAKTICKÁ ČÁST

Osobní anamnézy a kazuistiky

**V osobních anamnézách a kazuistikách byla pro anonymitu a diskrétnost
změněna osobní data (jména, adresy, data narození, místa pobytů)**

1. Osobní anamnéza a kazuistika

1. Osobní data

Jméno dítěte: Karel Novotný Datum narození: 5. 8. 1971

Jméno matky: Jana Novotná Datum narození: 6. 12. 1947

Jméno otce: Zbyněk Novotný Datum narození: 17. 3. 1947

Další blízké osoby v domácnosti: Přechodně syn: Zdeněk Novotný

Adresa: Vodní 32, Blansko, 412 23

Telefon: 723 334 670

2. Vývoj dítěte

A) Těhotenství a porod

Karel byl, jak se říká, „vymodlené“ dítě. Po delší známosti se matka s otcem dítěte rozhodli svůj vztah zpečetit svatbou a zatoužili po dítěti. Jejich snaha trvala 1,5 roku. V tomto mezidobí se jim podařilo získat dvoupokojový byt, tím se zlepšila jejich situace a naplno začala příprava na příchod potomka.

Těhotenství proběhlo v klidu, bez obtíží. V době 70. let ještě nebylo zvykem, aby se otcové účastnili porodů svých potomků. Hned druhý den po porodu se otec dostavil do porodnice, aby shlédl svého syna. Od začátku o syna jevil zájem.

Od příchodu z porodnice domů se oba rodiče synovi věnovali, matka byla na mateřské dovolené s dítětem doma a otec se hned po práci vracel domů a staral se o rodinu.

B) První zkušenosti

Matka neměla problémy s kojením, od narození dítě kojila čtyři měsíce. Dítě bylo později běžně krmeno zeleninovými polévkami, kaší atd. Dítě bylo klidné, většinu dne i noci prospalo. Žádné závažné onemocnění se u něj neprokázalo, měl jen běžná nachlazení.

C) Problémy v prvních letech života

Vše bylo v pořádku, otáčení z břicha na záda, opírání se o lokty nebo o dlaně. Od šesti měsíců seděl a v prvním roce života běžně chodil. Jemná a hrubá motorika byla správně rozvinuta – uchopoval předměty, je pravák.

Ve třinácti měsících věku na sebe strhl hrnec s vařící vodou, byl odvezen do nemocnice na popáleniny, kde ležel asi dva měsíce. Žádné závažné následky to na něm nezanechalo, jen lehce svraštělá kůže na levé ruce.

D) Vývoj

Ke konci věku batolete (3 roky) zvládal vše jako normálně se vyvíjející jedinec. Řeč mu dělala lehké problémy, špatné zvládnutí písmen „s“ a „š“. Po pravidelném docházení na logopedii se vše srovnalo. Karel tvořil smysluplné věty. Znal barvy, věci. Oblékání zvládal sám. Měl velký zájem o věci, co se daly rozebírat, byl to takový „malý montér“. Do mladšího školního věku neměl potřebu jíst. Do jídla se musel trochu nutit.

E) Sociální poměry

S vrstevníky se Karel začal stýkat už od 1,5 roku života v jeslích. Později navštěvoval mateřskou školu. Se zapojením do kolektivu dětí neměl problémy, byl společenský a dětský kolektiv navštěvoval velmi rád. Tato předškolní zařízení musel navštěvovat, protože oba rodiče byli zaměstnáni. Po nástupu školní docházky chodil pouze půl roku do družiny a po této době byl tak samostatný, že odchod do školy zvládal sám, stejně tak příchod ze školy a čas do příchodu rodičů ze zaměstnání si dokázal zaplnit.

Chodil do radistického kroužku a Pionýra, Skauta – všude byl spokojený a chodil tam rád. Na základní škole se účastnil různých soutěží a olympiád vždy s dobrým výsledkem. Tento trend pokračoval i při studiu na gymnáziu. S několika spolužáky s gymnázia i kolegy z vysokoškolských studií dodnes udržuje přátelské vztahy, převážně písemné, protože ústní

komunikace je problematická, částečně omezená. Ústní vyjadřování je pomalejší, a jeho dlouhodobá paměť pracuje velmi dobře (pamatuje si vše z doby před operací) na rozdíl od krátkodobé paměti (někdy si po jídle nemůže vybavit, co před hodinou snědl).

Po ukončení základní školy šel Karel studovat na gymnázium. Po velice úspěšném absolvování maturity na gymnáziu, Karel složil přijímací zkoušky na VŠE v Praze, kde bydlel na kolejích. Po pěti letech získal na VŠE po studiu s červeným diplomem titul inženýr. Karlovi bylo též zjištěno IQ 155 a byl zařazen mezi členy Menzy, kam pravidelně docházel a účastnil se na tvorbě mnoha testů.

Jak bylo již řečeno, rodina po svatbě dostala byt 2+1 bez ústředního topení v Blansku. Asi po čtyřech letech dostala byt 3+1 s ústředním topením též v Blansku, kde byl otec zaměstnán. Tento byt rodina obývala až do roku 1991, kdy ji zasáhla tragická událost, která změnila život všech jejích členů – smrt manžela a otce rodiny. Po této smutné události se matka se synem, hlavně z finančních důvodů, přestěhovala do menšího bytu 2+1 s ústředním topením.

Druhým, neméně důležitým důvodem byla skutečnost, že bylo prokázáno, že celý tento panelový dům byl postaven na silných geopatogenních zónách, které obecně způsobují mnoho onemocnění např. silné bolesti hlavy, nespavost, onkologické onemocnění. Právě zmiňované onkologické onemocnění postihlo mnoho lidí, bydlících v tomto panelovém domě, kteří s tímto závažným onemocněním pak dlouhou dobu bojovali a většina z nich svůj těžký boj prohrála.

3) Analýza problému

A) Popis

Po vystudování VŠE získal Karel v Praze zaměstnání v ekonomické oblasti, kde se také seznámil se svou budoucí manželkou. Po dvouleté známosti byla svatba a do roka se jim narodil syn Zdeněk. Po narození miminka matka krátkou dobu kojila. Miminko bylo přes den klidné, spalo téměř celý den, ale přes noc bdělo a plakalo.

K plačícímu miminku v noci vstával převážně otec, který během dne zastával náročnou manažerskou funkci. Po sedmi měsících od narození syna a vyčerpávající práci se u Karla objevily bolesti hlavy a byl mu naměřen vysoký krevní tlak. Bolesti se stále stupňovaly, proto nastoupil do nemocnice k různým vyšetřením, nejdříve na neurologii, kde

bylo diagnostikováno mozkové aneurysma. Po tomto zjištění byl přeložen na neurochirurgické oddělení k provedení operačního zákroku. Operace byla provedena v 28. roce jeho života. Pooperační stav byl komplikován krvácením do mozku, ztrátou vědomí a situace byla řešena další neurochirurgickou operací.

Karel byl z oddělení ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení) přeložen na oddělení LDN (léčebna dlouhodobě nemocných), neboť byl v komatu. Tento stav trval tři měsíce. Během této doby nastaly různé komplikace, například zápal plic, zánět močových cest, luxace pravého ramene a kyčelního kloubu. Pak došlo k zlepšení stavu, objevila se cílená hybnost levé ruky, postupně se rozvíjelo logické uvažování – rozeznal číslo, barvu, sledoval očima pohybující se objekty. Vyhověl jednoduchým pokynům, ale nemluvil. Pravá noha reagovala pohybem na bolest a pravá ruka zůstala nehybná. Levá strana těla – ruka i noha zůstaly bez omezení pohybu.

Po desetiměsíčním pobytu v nemocnici byl propuštěn do domácí péče a nevhodnou medikací se začaly objevovat epileptické záchvaty. Po úpravě medikace byl stav zlepšen, záchvaty se už neopakovaly. Od propuštění z nemocnice je na vozíku a na přesun používá pouze levou nohu a levou ruku.

Manželství po sedmi letech zkrachovalo, manželka se synem se odstěhovala mimo město a Karel zůstal převážně v péči své zaměstnané matky. Její péči doplňovaly pečovatelky donáškou oběda s naservírováním k přijatelné konzumaci Karlem.

Během uplynulých deseti let byl Karel opakovaně na rehabilitačních pobytech v Kladrubech, Slapech, LRS (léčebné a rehabilitační středisko) Chvaly. Pobyt byly zaměřeny na nácvik mobility, nezávislosti, uchopování, logopedickou péči apod. Stav se postupně zlepšoval do té míry, že je schopen být čtyři hodiny sám, bez pomoci druhé osoby. Sám je schopen si dojet na toaletu a z vozíku se přesadit na WC, na lůžko, vyčistit si zuby a sníst připravené pokrájené jídlo a s pomocí se obléci. Veškerou činnost zvládá pouze levou rukou, pravá ruka zůstala i po rehabilitacích nefunkční.

Pokrok, který je zaznamenán po rehabilitačních pobytech, se částečně ztrácí po nezbytných pobytech v nemocnici z důvodu nefunkčnosti zavedeného shuntu. (Shunt je vyveden z mozku do břišní dutiny s úkolem odvádět přebytečný mozkomíšni mok, který se nevstřebává.) Po první operaci shunt fungoval necelých sedm let, druhý fungoval pouze třináct měsíců a třetí, problematický, musel být vyměněn po čtyřech měsících. Výměna

shuntu je velmi závažný operační zákrok, při kterém je nebezpečí vniknutí infekce do mozku a shunt mohou při výměně napadnout bakterie, které způsobují ucpání shuntu. Tím ohrožují pacienta na životě.

B) Podmínky podněcující změnu chování

Vzhledem k úspěšnému studiu, vysokému IQ i zastávanému manažerskému postu, byl přechod v důsledku operace do stavu invalidity radikálním životním zlomem, který se projevil na Karlově chování a na povahových vlastnostech. Dřívější preciznost, kterou se vyznačoval v pracovní i soukromé sféře, mu zůstala díky dlouhodobé paměti zachována a stále ji vyžaduje kdekoliv od svého okolí, čímž vznikají drobné, ale časté konflikty.

C) Sociální vztahy

Jak jsem již uvedla, Karel žije po rozvodu s matkou již tři roky. Je to jeho nejbližší osoba, protože syn Zdeněk po rozvodu žije s matkou a otce navštěvuje jedenkrát měsíčně na celý víkend a tráví s ním i polovinu všech prázdninových dnů. Nejvíce času tráví Karel u počítače a po návratu matky ze zaměstnání s ní tráví společně čas – pobyt venku (projížďky), různé výlety, divadelní představení, návštěvy lékařů, rehabilitace atd.

D) Motivace

Nejsilnější motivací k životu je pro něj syn Zdeněk. Jen díky němu se Karel přinutí k pravidelnější ranní rozcvičce, ale tím pro něj cvičení končí – ve smyslu co je ochoten udělat sám. K pravidelnému trénování chůze se speciální holí je motivován matkou, která jej při chůzi drží: samostatné chůze není schopen. Díky všem prodělaným rehabilitacím se zdravotní stav hybnosti (lokomoce) stále pomalinku zlepšuje. Jak jsem již uvedla, nebýt v posledních dvou letech několika operací a delších pobytů v nemocnici, byl by stav pravděpodobně mnohem lepší a pokroky by byly zřejmější. Tento stav je také dán tím, že Karel nikdy nebyl aktivním sportovcem s patřičnou dravostí, byl spíše knihomol, a nyní mu vůle po dosahování stále lepších výsledků chybí.

Matka jej za každou mimořádnou činnost pochválí, a protože je Karel introvert, nedává své pocity příliš najevo.

Podrobný popis Karlova současného stavu (šetření pro určení stupně závislosti):

I. Úkony péče o vlastní osobu

a/ příprava stravy

- otevírání nápojů a vybalení potravin s dopomocí

b/ podávání a porcování stravy

- Karel si sám přenese misku s jídlem, zamíchá si sám, uchopí sám nádobu s nápojem
- nepřendá si sám jídlo na talíř, nerozkrájí na menší kousky

c/ přijímání stravy, pitný režim

- jí sám lžící pouze levou rukou – pravá ruka je ochrnutá, napije se sám

d/ mytí těla

- umyje si levou ruku, vyčistí si sám zuby, oholí se holícím strojkem, učeše si vlasy
- koupat ho musí matka, stejně jako mýt vlasy a po koupání utřít, ostříhat nehty u rukou i nohou

e/ výkon fyziologické potřeby

- sám se přesadí na WC – WC je speciálně upraveno

f/ oblékání, svlékání, obouvání, zouvání

- oblékání a svlékání s dopomocí, zouvání, obouvání neschopen

g/ orientace

- zcela orientován místem, časem

h/ dodržování léčebného režimu

- v užívání léků samostatný
- léčebného režimu se sám drží dle pokynů lékařů a s pomocí matky

II. Úkony soběstačnosti

a/ komunikace

- schopen se domluvit, nepíše (pravá ruka ochrnutá), komunikuje písemně na počítači

b/ obstarání osobních záležitostí

- ve spolupráci s matkou

c/ uspořádání času, plánování života

- v něčem samostatný, jinak s pomocí matky

d/ vaření, ohřívání jednoduchého jídla

- je schopen ohřát naservírované jídlo v mikrovlnce
- není schopen: přípravy jídla
- není schopen: mýt nádobí, uklízet byt, prát prádlo, žehlit
- není schopen: převléknout si lůžkoviny, vynést odpad....

e/ obsluha běžných domácích spotřebičů

- je schopen ovládat televizi, mikrovlnnou troubu, varnou konvici, vypínače, kohoutky vody, otevřít dveře,
- není schopen odemknout a zamknout

Vzhledem ke Karlovu postižení se stal členem svazu invalidů, je registrován ve Sdružení osob s poruchami hybnosti a komunikace a opakovaně dojíždí na rehabilitace v Kladrubech a Slapech.

4) Plán terapie

Dle mého názoru trpí nežádoucím problémem nejen Karel, ale i jeho okolí. Je to nejen problém náhlé invalidity z plného zdraví, ale i změna vnímání okolí a vysoké požadavky na precizní obsluhu vlastní osoby. Karel občas není schopen své nežádoucí chování kontrolovat či pozastavit. Můj názor je takový, že na něj pozitivně působila krátkodobá péče psychologa v době rozvodu, dále částečné osamostatnění na rehabilitačním pobytu v Kladrubech a v současné době by bylo vhodné po čtyřech prodělaných operacích během tří týdnů a nehybném ležení v nemocnici na oddělení JIP opět začlenit do Karlova života rehabilitace, nejdříve ambulantní a později opět dlouhodobou rehabilitaci v ústavu. Tento delší pobyt mimo domov mu dodá ztracenou sebedůvěru ve vlastní dovednosti a domů se vrací s pocitem, že je zase samostatnější a méně odkázaný na pomoc druhých. Nevýhodou jeho trvalého bydliště je, že je to malé městečko a nemůže být ve stálém kontaktu se stejně handicapovanými lidmi. Velmi mu chybí sociální kontakt a byl by velmi rád obklopen mladými lidmi. Samozřejmě se musí počítat s časovou náročností, a proto matka v současnosti ukončila zaměstnání, a bude se plně věnovat realizaci ozdravných a podpůrných opatření.

Na závěr jsem Karlovi položila stejné otázky jako Ondřejovi a Jarmile.

- **Jak se s vaším postižením vyrovnávala matka a otec?** „Můj otec již nežije, takže veškerá tíha ležela na mamince. Ta říká, že se s tím dodnes nevyrovnala, ale skutečnost je prostě taková, že jsem zcela odkázán na její péči“.
- **Z jaké společnosti jsou vaši přátelé?** „Ze studií na vysoké škole mi zůstal jeden kamarád, který mne pravidelně navštěvuje, udržujeme spolu kontakty i prostřednictvím počítače. Dále mi zůstal jeden kamarád ze základní školy a gymnázia, kontakt máme prostřednictvím Skype, protože kamarád bydlí v Praze. Oba tito mí dlouholetí kamarádi jsou ze společnosti zdravých lidí“.
- **Vybavujete si nejoblíbenější hračku z dětství?** „Nejoblíbenější hrou z dětství pro mne bylo určitě Lego, později knihy“.
- **Existují lidé, které vyloženě nesnesete ve své přítomnosti?** „Může se stát, že se takový člověk objeví, pokud bych ho opravdu nemohl vystát, asi bych odjel vozíkem pryč“.

- **Jaké jsou vaše záliby?** „Hlavně je to počítač – je pro mne velkým pomocníkem při komunikaci se světem. Rád poslouchám hudbu a sleduji televizi“.
- **Jak jsou s vámi dnes rodiče spokojení – říkají vám, že jsou na vás hrdí?** „Jsem statečný vzhledem k tomu, co mám za sebou“.
- **Je něco, co byste rád, aby se změnilo v přístupu zdraví versus handicapování?** „Chování lidí hodnotím celkem dobře, jsou celkem ohleduplní. Jako větší problém vnímám spíše to, že je stále ještě mnoho míst, kam se vozíčkáři vůbec nedostanou“.
- **Jak vnímáte pojem kvalita života?** „Snažím se žít, jak to jde“.
- **Jaké jsou vaše potřeby?** „Vzhledem k handicapu si nedovedu představit život bez počítače, internetu, který mi nahrazuje zprostředkovaně „normální život“.
- **Jste z něčeho frustrován či deprivován?** „Dá se říci, že asi ne. Trápí mne, že ve městě, kde žiji, není nikdo v mém věku s eventuálně podobnou diagnózou, takže není možnost se s někým denně vídat, tedy krom lidí, co se o mne starají“.
- **Jaký je váš postoj k životu?** „Mírně optimistický“.
- **Můžete jmenovat pár kompenzačních pomůcek, které využíváte?** „Elektrický vozík na pohyb venku, doma užívám mechanický vozík, toaletní vozík na koupání, chodící ortopedickou botu na pravou nohu na chůzi po rovném terénu nebo po chodbě domu – ujdu cca 80metrů a zároveň potřebuji pro chůzi pomoc další osoby a oporu čtyřbodové hole, kterou držím funkční levou rukou“.

2. Osobní anamnéza a kazuistika

1. Osobní data

Jméno dítěte: Ondřej Černý Datum narození: 9. 7. 1976

Jméno matky: Zuzana Černá Datum narození: 27. 8. 1941

Jméno otce: Libor Černý Datum narození: 16. 5. 1941

Jméno sestry: Anna Černá Datum narození: 12. 7. 1964

Adresa: Údolní 36, Praha 7, 170 00

Telefon: 287 434 987

2. Vývoj dítěte:

A) Těhotenství a porod

Ondřejova maminka, jako asi většina žen, toužila po dítěti. Když již potřetí potratila, myslela si, že dítě jí není souzeno, ale nakonec se dočkala a počala. Dítě se jí narodilo o jeden a půl měsíce dříve, než je běžné. Při porodu se lehce přiškrtlo na pupeční šňůře, ale dle lékařů přišlo na svět zdravé. Díky svému předčasnému příchodu na svět a nízké porodní váze však muselo měsíc zůstat v inkubátoru.

Otec měl o Ondřeji od začátku zájem, rodina je dodnes úplná. Otec chlapce začal navštěvovat hned, jak to bylo možné, protože v době 70. let nebylo zvykem účastnit se porodu.

Oba rodiče se Ondřejovi naplno věnovali – učili ho mnoha hrám. Nejvíce času s ním trávila sestra a otec. Matka se hodně věnovala domácnosti.

B) První zkušenosti

S kojením matka neměla problémy, dítě bylo vyživováno normálním způsobem. Ondřej byl převážně klidné dítě, ale zejména navečer vyžadoval pozornost.

Ondřej prodělal běžné nemoci, jako: poporodní žloutenku, příušnice, neštovice, úplavici, zarděnky. V pěti letech dostal brýle na dálku, které nepravidelně nosil, dnes jsou součástí jeho běžného života. Kolem šestého roku se u něj projevilo astma. Kolem patnácti let prodělal salmonelózu. V současné době díky usazení na vozík ho trápí hemeroidy.

Ze začátku bylo vše v pořádku, otáčení z břicha na záda, opírání se o lokty nebo o dlaně, pasení koníčků.

V prvním půlroce života chlapce si matka všimla, že motorický vývoj dítěte je opožděný, a navštívila dětskou lékařku. Dětská lékařka matku ujišťovala, že s dítětem je vše v pořádku. Po mnoha přemlouvání se lékařka na dítě podrobněji podívala.

C) Problémy v prvních letech života

Když chlapec dospěl asi do prvního půlroku svého života, všimla si jeho matka, že po motorické stránce není vše v pořádku, že se nevyvíjí jako ostatní děti. Dětská lékařka o ničem nechtěla ani slyšet a matku ujišťovala, že je vše v pořádku. Matka však byla neústupná a trvala na podrobném vyšetření dítěte.

Lékařka tedy přistoupila na její požadavek a dítě podrobila mnoha vyšetřením. Chlapci byla v prvním půlroce života diagnostikována dětská mozková obrna. Chyba byla na straně lékařů, kteří nevěnovali dostatečnou pozornost nedonošenému jedinci.

D) Vývoj

Již v roce a půl měl dobrou výslovnost. Po logopedické stránce bylo vše v nejlepším pořádku. Ondřej byl levák, ale v dřívější době to bylo špatně, tak Ondřeje přeučili na praváka.

Díky diagnostikované obrně, která s sebou nese mnoho cvičení a rehabilitací, se Ondřej dokázal mezi třetím a šestým rokem s opěrou postavit a udělat pár krůčků. Rehabilitace spočívala v neustálém stavění na nohy – to je již dnes překonáno. Dítě se stavilo pomocí kozičky na nohy, ale v tomto případě stálo jen díky velké síle v rukou. Nohy povětšinou tahal za sebou a aby mu nohy udržely tělo, měl podkolenní aparáty.

Dítě bylo schopno samo sedět. Nejčastější a nejpohodlnější pro Ondřeje bylo lezení.

E) Sociální poměry

Když dítě přišlo na svět, rodina bydlela v bytě 2+1 o rozloze 50 m². Byt byl v panelovém domě o 7 podlažích a panelový dům měl k dispozici výtah. Ve výtahu však byly velice stísněné podmínky, výtah byl malý a obsahoval ještě „klec“, což se později ukázalo jako velký problém, když se chlapec ocitl na vozíku. Panelový dům byl umístěn na sídlišti, kde bylo plno zeleně a blízko domu bylo i metro. V tomto domě rodina s chlapcem žila až do jeho 23 let, kdy od státu dostali možnost přestěhovat se do jiného bytu, který byl dokonce bezbariérový. Byla jim však nabídnuta lokalita, která byla velice špatně dostupná – a dostupnost bylo to hlavní, co rodina potřebovala. Byli tudíž nuceni bezbariérový byt odmítnout. Nakonec se jim poštěstilo a po dalších 2 letech jim byl nabídnut další bezbariérový byt v lokalitě, která vyhovovala celé rodině a tak se rodina přestěhovala do nového bytu, ve kterém bydlí dodnes.

Rodina se snažila veškerou péči si obstarat sama, nikoho nechtěli zatěžovat a snažili se chlapce dovést k co největší samostatnosti. Byly neustále v přímém kontaktu s příbuznými, se kterými se pravidelně navštěvovali. Příbuzní občas sourozence vyzvedávali ze školy a následně je hlídali.

3. Analýza problému

A) Popis

Nejvhodnějším zařízením v 70. letech byl pro Ondřeje Jedličkův ústav. V Jedličkově ústavě Ondřej navštěvoval nejen mateřskou školu, ale i základní školu. Po základní škole měl kvůli zdravotním důvodům dva roky odklad a po dvou letech nastoupil v Jedličkově ústavu do gymnázia, které úspěšně dokončil. Po absolvování gymnázia se Ondřej dostal na vysokou školu.

Tři roky navštěvoval Filosofickou fakultu Univerzity Karlovy, kde studoval český jazyk a literaturu. Tento obor nedostudoval, protože si v průběhu studia uvědomil, že škola nesplňuje jeho představy. Díky svému postižení se rozhodl, že nejen pro něj, ale i pro lidi s podobným osudem bude přínosnější, když si zvolí jiný obor. Vybral si obor sociální práce. Tento obor studuje též na Univerzitě Karlově v Praze. Obor sociální práce je magisterský

a Ondřej stále usilovně pracuje na jeho zdárném ukončení. K jeho dokončení mu chybí již jen obhajoba diplomové práce.

DMO s sebou nesla pravidelná cvičení, která Ondřej vykonával 2x – 3x denně. Rehabilitace Ondřej absolvoval v jesličkách, Thomayerově nemocnici, v Malešicích, kde se cvičila Vojtova metoda a reflexní cvičení. Každý rok byl Ondřej na tři měsíce v lázních, kde byl tvrdý režim. Vstávalo se v pět hodin ráno a do šestnácté hodiny měli pacienti v lázních předepsanou neustálou činnost a cvičili, co nejvíce to šlo. Denně bylo na programu kolem šesti procedur. V lázních fungovaly i lázeňské školy, takže děti krom cvičení navštěvovala i učitelka, která na ně kladla další nároky. V lázních snad každý pacient udělá obrovský pokrok, který však lze jen velmi těžce udržet a po delším pobytu doma se nabyté dovednosti vytrácí.

S odstupem času Ondřej říká, že kdyby nebylo matky, která trvala na vyšetření a důsledném cvičení, byl by Ondřej ležícím pacientem. Zároveň však dodává, že neustálý dril ve cvičení ho dosti odradil a že dnes cvičí jen velmi nepravidelně pro udržení standardního stavu. Doma má Motomed, který využívá.

B) Podmínky podněcující změnu chování

Nepříjemnými pocity, které Ondřeje celoživotně provázejí, jsou spazmy. Jemná motorika je velmi poškozena, ale při důkladném soustředění je Ondřej schopen udržet tužku a psát s ní. Ondřeje též doprovází úleky, které jsou střídavě provázeny bolestí. Když Ondřeje chce někdo vylekat, nebo ho jen upozornit na hrozící rámus – lekne se ještě více. Ohňostroje jsou pro Ondřeje noční můrou.

C) Sociální vztahy

Ondřej žije se svou rodinou – matkou a otcem, v bezbariérovém bytě, jak jsem již uvedla. Když jsem se Ondřeje zeptala, kdo z rodiny je mu nejbližší, tak po určitém váhání odpověděl, že - ač je těžké si vybrat - tak na prvním místě je to otec, pak sestra a dále matka, rodiče z otcovy strany, matčiny strany, otcova sestra atd.

Otec se sestrou si svou výsadní roli vysloužili asi tím, že s Ondřejem trávili nejvíce času a střídali se v péči. Matka se prioritně starala o domácnost. O Ondřeje se prvořadě starala po fyzické stránce, z čehož si také odnesla zdravotní problémy se zády. Když se matka starala o domácnost a připravovala pokrmy, bylo na otci a sestře Ondřeje rozvíjet po herní stránce.

Ondřej vzpomíná, že velice často hráli stolní hry – dostihy, karty, na schovávanou – Ondřej utíkal po čtyřech, zpívali, učili se různé říkanky a před spaním nemohla chybět pohádka, u které však otec většinou vyčerpáním usnul. Rodina vlastnila i chatu mimo Prahu, kam pravidelně na víkendy jezdili. Tam Ondřej přicházel do styku s dětmi, měl tam plno kamarádů, s rodinou zažívali mnoho legrace při sáňkování a odpočinku při vycházkách do lesa.

Ač to doba moc neumožňovala, Ondřej si vzpomíná, že navštěvovali i divadla a koncerty.

D) Motivace

Ondřej o sobě ví, že jeho slabinou je plánování času. Jak by ne, když je závislý na vozíku a osobě, která si na něj musí udělat čas a doprovázet ho při jeho pochůzkách. Není mu umožněna spontaneita, protože každý jeho pohyb musí být dobře naplánován.

Jeho mottem je: „snažím se dělat věci, co mají smysl, a také chci pomáhat jiným, co to potřebují“. Ondřej je přesvědčen, že v životě může věci zlepšovat a v první řadě myslí na ostatní, pak až na sebe.

Fyzická práce mu dělá potíže, ale psychická mu jde mnohem lépe, a tak se ji snaží dělat na sto procent. Po vyčerpávající práci přichází na řadu zmiňovaný Motomed, na který usedá spíše za odměnu a po jízdě na Motomedu se cítí mnohem lépe.

4. Plán terapie

Z Ondřejova vyprávění vyplynulo, že je to vyrovnaný člověk v nejlepších letech, který ví, co chce a snaží se jít za svým cílem. Já bych se snažila probudit v něm zájem o cvičení, i když sport není jeho silnou stránkou. Myslím, že v rehabilitacích by měl pokračovat – v udržovacích určitě a přidala bych i rehabilitace na zlepšení jemné motoriky, aby mu bylo usnadněno psaní, jídlo a manipulace s drobnými předměty.

Na závěr jsem Ondřejovi položila stejné otázky jako Karlovi a Jarmile.

- **Jak se s vaším postižením vyrovnávala matka a otec?** „Dá se říci, že to brali tak, jak to bylo, oba se shodli na tom, že DMO je lepší, než kdybych byl mentálně postižený. Jediné, na co rodiče nikdy neměli čas, byly koníčky. Veškerý čas trávili se mnou“.

- **Jak se na vaše postižení s odstupem času dívá vaše sestra, která vám byla druhou matkou? Cítila se někdy ostrčená?** „Vzhledem k tomu, že sestra byla o dvanáct let starší než já, přišlo jí logické starat se o mě a s matkou se střídat v péči. Dodnes je má sestra „ošetřovatelkou“ a i vůči ostatním dětem je přecitlivělá a snaží se o každého starat. Jednou se mi sestra přiznala, že někdy byly chvíle, kdy se cítila ostrčená, ale že vždy byla zodpovědná a dala mi přednost před jinou zábavou“.
- **Z jaké společnosti jsou vaši přátelé?** „Snažím se utíkat do světa zdravých. Přátele si záměrně vybírám spíše ze zdravé populace, protože sám se cítím zdravý. Mí přátelé jsou nejvíce z řad osobních asistentů. Osobní asistenci využívám od sedmnácti let, mám čtyři stále asistenty a asi tři asistenty, kteří se mění v závislosti na mých potřebách. Osobní asistenti jsou v průměru o deset let mladší než já, což mi vyhovuje. Jako malý jsem jezdil na tábory a díky nim mi zůstali přátelé i z táborů (jmenoval jednu dívku, která mu skoro obrátila život naruby – ona byla jediný člověk, který mu pomohl ve svízelných chvílích života). Jednou mi řekla: Co si sám nezařídíš, nikdy mít nebudeš. Až tato věta mi otevřela oči a velice usnadnila další život“.
- **Vybavujete si nejoblíbenější hračku z dětství?** „Nejoblíbenější hračkou bylo rádio. U rádia se dá zpívat, recitovat, hrát různé role“. Tato záliba mu vydržela až do jeho dvaceti let. Do té doby měl představu, že se stane moderátorem, protože hlas je to jediné, co může kvalitně využít. Moderátorem se sice nestal, ale svůj sen si plní alespoň částečně ve formě přednášek, lektorství a konzultací v rozhlase, televizi a různých institucích, které na požádání navštěvuje a nabízí vhled pro lidi, co s DMO nemají zkušenosti.
- **Existují lidé, které vyloženě nesnete ve své přítomnosti?** „Takoví lidé snad nejsou“. Je pár lidí, které nemá moc rád, ale vždy se snaží zachovat profesionální tvář a nedat na sobě nic znát. Osobní asistence ho hodně ovlivnila.
- **Jaké jsou vaše záliby?** „Vycházky v přírodě, posezení v restauraci, koncerty – folk, pop“. Hodně lidí ho děsí, takže spíše něco komornějšího. Dále rád čte, poslouchá rozhlasové hry. Ondřejovým snem je naučit se vařit – to však záleží pouze na tom, do jaké míry s ním bude spolupracovat jeho tělo a zlepší se mu motorika v rukou.
- **Jak jsou s vámi dnes rodiče spokojení – říkají vám, že jsou na vás hrdí?** „Rodiče mne vždy vychovávali k velké samostatnosti, k tomu, že se o sebe musím zvládnout postarat sám a nesmím se svými potřebami zatěžovat jiné lidi. To se také odrazilo v seznamování – bál

jsem se navazovat kontakty s jinými lidmi, abych je neobtěžoval, ale pak se to díky mé kamarádce zlomilo. Nejen, že si mnoho věcí udělám sám, ale už zvládám i seznamování. Myslím, že jsou na mne hrdí“.

- **Je něco, co byste rád, aby se změnilo v přístupu zdraví verzus handicapování?** „Jediné, co vidím jako problém je, že zdraví se bojí nás oslovit. Také je stále musím přesvědčovat, že jsem normální – to je mnohdy velice únavné. Mám jedno pravidlo – vždy musím začít komunikaci jako první, pak je vše v pořádku. Zdraví za vámi sami nikdy nepřijdou“.
- **Jak vnímáte pojem kvalita života?** „Myslím, že kvalita života je pro mě to, že když něco chci, je mi to umožněno. Sice to třeba není přesně v dobu, kdy bych si to představoval, ale je to určitá daň za svobodu – jsem odkázán na pomoc druhých, proto mé plánování nemůže být spontánní“.
- **Jaké jsou vaše potřeby?** „Je to hlavně klid. Klid ve všem, co dělám. Ráno se budím o půl hodiny dříve, a to je čas na to, abych se nastroval. Pak potřebuji čas na oblečení, potřebuji pomoc s dooblečením, nasazením bot, čas dostat se na místo určení. Potřebuji bezbariérové WC. Potřebuji podat talíř s jídlem – uvařit, drobné práce v domácnosti. A nejdůležitější je doprovod – mít někoho po ruce“.
- **Jste z něčeho frustrován či deprivován?** „Shrnu to do jednoho bodu – velkým problémem je partnerský život. Nevím, zda se ženy bojí nebo jsem nenašel tu pravou, ale stále nemám nikoho, s kým se mohu podělit o své starosti a radosti. Také toužím po dětech, ale to už je asi nesplnitelné přání“.
- **Jaký je váš postoj k životu?** „Jsem optimistický pesimista. Myslím, že krom partnerství vedu spokojený život. Jsem pokorný a vím, že nikdy není tak špatně, aby nemohlo být hůře. Důležitá je pro mne rodina, přátelé a zdraví“.
- **Můžete jmenovat pár kompenzačních pomůcek, které využíváte?** „Je to určitě mechanický a elektrický vozík, podavač na kabáty, speciální prkénko na chléb, které je přišroubované ke kuchyňské lince, aby se nesmýkalo, návleky na nazutí bot – ty mi jsou spíše na obtíž, a samozřejmě různé antidekubitní podložky“.

3. Osobní anamnéza a kazuistika

1. Osobní data

Jméno dítěte: Jarmila Malá

Datum narození: 17. 6. 1933

Jméno matky: Kamila Králová

Datum narození: 29. 5. 1912

Jméno otce: Miloš Král

Datum narození: 14. 9. 1907

Jméno manžela Jarmily: Šimon Malý

Datum narození: 15. 10. 1927

Adresa: Kopretinová 90, Praha 6, 160 00

Telefon: 276 890 097

2. Vývoj dítěte:

A) Těhotenství a porod

Jarmila byla chtěné dítě a také byla bez problému počata. Těhotenství probíhalo zcela přirozeně, porod proběhl přirozenou cestou. V těhotenství ani při porodu nedošlo k žádným komplikacím.

Otec měl o dceru od samého počátku zájem. Jejich rodina prý byla láskyplná. Jarmila se stala otcovou holčičkou a ten na ni nedal dopustit, dokonce ji rozmazloval více než maminka.

Oba rodiče se Jarmile věnovali s největší péčí, neboť byla jedináčkem, a tak veškerá láska patřila jí. Jarmila vzpomíná, že matka byla mnohem přísnější než otec, možná v tom hrálo roli i to, že matka byla z dvanácti dětí, takže o jejích kvalitách a přizpůsobivosti se nedá pochybovat. Totéž striktně vyžadovala po Jarmile – byla to v první řadě: samostatnost, plnění vlastních povinností, práce v domácnosti, pomoc starším. Rodiče se nikdy nerozvedli, zůstali spolu až do smrti.

B) První zkušenosti + vývoj

S kojením nebyly žádné problémy. Jarmila v sedmi měsících sama seděla, v deseti měsících stála s oporou a již v jednom roce samostatně chodila. Hrubá i jemná motorika byla v pořádku, dle normálního vývoje každého dítěte.

Z logopedické stránky byl také běžný průběh. Ve dvou letech mluvila, dokonce znala i pár básniček. Jarmila byla živější dítě a jako jedináček na sebe strhávala veškerou pozornost.

Jarmila prodělala dětské nemoci jako například: zánět středního ucha, neštovice, zarděnky, trpěla na angíny možná díky vytrženým nosním mandlím. Díky tomu, že se kamarádila spíše s chlapci - mají trochu náročnější hry než dívky - často měla zlomeniny.

C) Problémy v prvních letech života

Jarmila nikdy neměla žádné vážné problémy. Osudným se jí však stal pobyt na víkendové chatě v Brdských lesích, kam vždy po pracovním týdnu rodina zamířila. Blízko chaty jim tekla potok, který byl znečištěný a ve vodě bylo mnoho bacilů a virů (později bylo odhaleno, že němečtí vojáci mívali často obrnu z toho důvodu, že do potoků vylévali splašky, chemikálie a různé nečistoty, poté se v potocích koupali a viry se do jejich těla snadno přenesly).

Děti se rády cákají ve vodě a využívají ji při stavbě domečků a přehrad, stejně tak Jarmila. Po jedné takové koupeli jí bylo tak zle, že ji rodina musela odvézt do nemocnice a tam ji byla diagnostikována dětská obrna.

E) Sociální poměry

Rodina byla úplná a nejen to. Členové obývající jeden byt 1 + 1 byli tito: Jarmila, matka a otec Jarmily, matka a otec z matčiny strany. Byt byl lokalizován v pražských Holešovicích, byl v panelovém domě o 5 podlažích a výtah nebyl součástí domu.

Panelový dům byl na sídlišti, kde bylo pískoviště, blízko i školka, škola a obchod. Vzhledem k blízkosti školky, školy a samotného bytu, byla Jarmila vychována k samostatnosti a zodpovědnosti. Vždy po škole sama docházela domů, kde na ni čekali prarodiče, kteří ji zabavili do příchodu rodičů z práce.

Matka pracovala v zemědělských službách. Otec pracoval v dopravních podnicích.

Matka a otec z otcovy strany byli z Moravy, proto stýkání s nimi bylo ztíženo vzdáleností od Prahy, ale vždy, když byla možnost, rodina se setkala. Vztahy byly dobré.

3. Analýza problému

A) Popis

Jak jsem již nastínila, celá rodina na víkendy jezdila na svou chatu k Brdským lesům, kde bylo lepší ovzduší, mnoho zeleně a také dětských kamarádů.

Jarmile bylo devět let, když si hrála v potoce, který jim tekł za chatou. Matka jí říkávala, ať se tam nemáčí, ale Jarmila měla pocit, že jí matka nic nedopřeje a tak neposlechla. Po jednom takovém koupání v potoce, když se druhý den vrátila ze školy, bylo jí velice zle. Dostala vysokou horečku a rodiče ji odvezli do nemocnice. Jarmila však do rána ochrnula na celé tělo.

Nebyla však jediná, kdo se v potoce namácel. Sousedé měli tříletého syna, který si s Jarmilou hrál – klučík ochrnul na obě nohy do dvou dnů.

I Jarmilin bratranec, který si s ní v potoce hrál – ochrnul na pravou ruku.

Jarmilin strýc, který s nimi trávil čas na chatě, a také se v potoce smočil, bohužel do týdne zemřel. Na plicích se mu usadily bacily a udusil se.

Jarmila byla se strýcem odvezena do nemocnice na Bulovku na infekční oddělení. Matce bylo nabídnuto zůstat s dcerou, ta samozřejmě neodmítla. U děvčátka byla dnem i nocí.

Jarmila byla diagnostikována kvadrupareza. V tomto stádiu se proces nemoci zastavil. Po dvou měsících byla Jarmila přeložena na normální oddělení Thomayerovy nemocnice, kde se pomalu s pomocí rehabilitačních sester dávala dohromady. Když se její stav zlepšil natolik, že byla schopná postavit se na vlastní nohy, postihla ji úplavice, byla umístěna v karanténě a její stav se velice zhoršil.

Prognózy lékařů zněly, že Jarmila nebude již nikdy chodit. Po třech týdnech se matka rozhodla, že pro celou rodinu bude lepší, když budou mít dítě doma a budou se o něj střídavě starat. Poprosila sestry, aby ji naučily všechny rehabilitační cviky, které je třeba, aby s Jarmilou prováděla a odjela s dítětem domů.

Otec pracoval jako zaměstnanec dopravních podniků (dále jen DP) a DP nabízely svým zaměstnancům rehabilitace. Rodina toho využila a denně s Jarmilou docházela do DP na rehabilitace. Každodenní pohyb jim ztěžovalo bydlení – rodina bydlela v panelovém domě v pátém podlaží, kde nebyl výtah – matka dítě vkládala do proutěného koše, který podkládala provazy a koš tahala po schodech, aby se vůbec dostaly z bytu ven – bylo to sice lehčí, než nosit dítě v náručí, ale dítě bylo stále těžší a pro matku to bylo čím dál namáhavější. Matce práci ztěžovala i doba II. světové války, kdy bylo vždy nutné při hlasovém znamení nacvičovat nálet a z bytů seběhnout dolů do sklepa (do krytu) a tam zůstat do odvolání.

Pro tyto obtíže se rodina rozhodla odjet na chatu k Brdským lesům. Tam bylo příjemné prostředí, více času na cvičení a Jarmila se znovu pomalu rozcházela. Cviky byly velice namáhavé, ale Jarmila cvičila skoro nepřetržitě celý den. Rodiče se ji snažili cvičení zpříjemnit – protože nejvíce ochrnuté měla ruce, snažili se jí vymýšlet různé hry s kamínky, figurkami – drobné předměty měla zvedat a pokládat, přenášet, a tím cvičit jemnou motoriku.

Velkou finanční zátěží byly různé pomůcky a péče, kterou museli rodiče financovat, protože v té době nebylo vůbec zvykem, že pojišťovny lidem přispívaly. Rodina si musela brát navíc práci domů, aby finanční zatížení nebylo tak velké.

Po návratu do Prahy bylo lékaři doporučeno zvýšit frekvenci rehabilitací. Jako nejlepší v dané situaci se jeví Janské lázně, které Jarmila pravidelně od roku 1953 navštěvovala. Při návštěvách Janských lázní se Jarmila seznámila se svým budoucím manželem Jakubem, který se do Janských lázní také jezdil rehabilitovat. Jakub byl po dětské mozkové obrně, ale měl pouze lehké postižení. Jakub byl původem z Moravy, ale po hlubším seznámení s Jarmilou jejich vztah dospěl až ke svatbě a Jakub se z Moravy přestěhoval do pražského bytu 1 + 1 k Jarmilině rodině.

Když se jednou Jarmila vracela z Janských lázní, zlomila si nohu v nártu – tato zlomenina ji na pět měsíců zcela vyřadila z běžného provozu. Tato zlomenina, jako by byla spouštěcím mechanismem pro další zlomeniny, kterých následovalo mnoho. Jarmila vzpomíná, že jedna taková zlomenina ji upoutala na vozík a nechala ji čtyři roky zavřenou doma. Poté se Jarmila obrátila na Pražskou organizaci vozíčkářů (dále jen POV), se kterou začala intenzivně spolupracovat.

Hrubý výčet dalších Jarmiliných a Jakubových nehod – 1) S manželem milovali hory, a tak se snažili rok co rok je navštěvovat a trávit tam na čerstvém vzduchu alespoň jeden týden v roce. Když se vraceli z hor autobusem, řidič nepřizpůsobil jízdu stavu vozovky a havaroval. Jarmila si z této nehody odnesla kompresní (následné stlačení) zlomeninu L2 a poškození plotýnek. Ležela v nemocnici na Bulovce bez hnutí 3 měsíce, poté se znovu učila chodit v Kladruších. Po půl roce se dostala na mechanický vozík, ale díky značnému ochrnutí rukou musí používat vozík elektrický. Jakub si odnesl silné poškození plotýnek, které nešly operativně vrátit do původního stavu, a chůze se mu rapidně zhoršila. Jakub dostal francouzskou hůl – nejdříve jednu, později se mu chůze zhoršila a nyní potřebuje již obě francouzské hole. V Janských lázních, v důsledku přísátí klíštěte, onemocněl klíšťovou encefalitidou. Ochrnul na levou i pravou ruku. Dále onemocněl centrální parézou facialis, a musel změnit dosavadní zaměstnání, z pozice skladníka šel do invalidního důchodu a přivydělával si jako vrátný nebo strážný. Karla též provázejí různé třesy, je také odkázán na vozík, ale na rozdíl od Jarmila, udělá pár kroků. Díky mnoha operacím, které prodělal a nutné narkóze, která poškozovala jeho mozek, se každou operací jeho stav zhoršoval.

2) Následovala autohavárie v zahraničí s Velorexem, kdy se na přejížděném skle rozsypaném na cestě protrhla pneumatika a Velorex havaroval. Znamenalo to další úraz - zhmoždění krční páteře. Když se to matka dozvěděla, chtěla pro svou dceru co nejrychlejší ošetření a rozhodla, že dcera nepojede do nemocnice sanitkou, ale aero taxi (měli smlouvu s pojišťovnou). Kvůli mlze se let odložil, mělo se letět druhý den, let byl však znovu zrušen. Nakonec se letělo až třetí den, v letadle byl pouze pilot, ona, chlapec na vozíku, jeho matka, a psychicky narušený pacient. Pilotovi za letu přestal fungovat výškoměr, psychicky narušený pacient dostal záchvat a letadlo muselo nouzově přistát na vojenském letišti, ze kterého cesta do nemocnice sanitkou trvala ještě dvě a půl hodiny. Nápad matky, jak dceři „ulehčit život“, se v této situaci nevyplatil.

3) Další havárií byla nehoda vlaku, kdy strojvedoucí překročil rychlostí své jízdy danou mez a lokomotiva narazila do strážnice nad Vltavou, vlak se roztrhl a polovina soupravy se sunula kolem lokomotivy vpřed, až se zaryla do strážnice – Jarmila a Jakub si odnesli silný otřes a lehká zranění.

4) Poslední havárie se stala při jízdě tramvají u Vyšehradského tunelu, kdy do tramvaje narazilo auto, nikomu se nic nestalo, pokud nepočítáme četné oděrky.

5) Celkově na vozík Jarmilu upoutaly různé zlomeniny žeber, kotníků, rukou a nohou.

Vzdělání – Jarmila navštěvovala jesličky jeden rok před nástupem do základní školy. Byla velmi temperamentní dítě a všude se jí líbilo, jesličky byly jen na čtyři hodiny dopoledne. Po jesličkách chodila na základní školu, střední školu hospodářskou a obchodní. Jakub nastoupil po základní škole do učení a vyučil se čalouníkem. Dříve bylo čalounictví velice prašná práce, a protože mu prach nedělal dobře na zdraví, přešel na práci do továrny. Když se po svatbě z Moravy stěhoval do Prahy, začal pracovat jako skladník

B) Podmínky podněcující změnu chování

Jarmila se snaží vyvarovat jakýchkoliv zlomenin, jejichž léčení by rapidně zhoršilo její stav. Jinak je její stav stabilní viz - současný stav.

C) Sociální vztahy

Když jsem Jarmile položila otázku, aby jmenovala lidi, kteří jsou jí nejbližší nebo byli nejbližší, tak jmenovala jako první maminku, pak otce, manžela a ostatní přátele.

Jarmila s Jakubem mají mnoho známých, přátelé jim vydrželi jak od dětství, tak i v průběhu života navazovali nová přátelství. Jarmila má dodnes kamarádku ze základní školy, se kterou seděla v lavici. Přes skutečnost, že se po základní škole rozběhly jejich cesty jinam, zůstaly dodnes přítelkyněmi, a i když každá bydlí jinde, několikrát do roka se navštěvují.

Nejvíce času tráví Jarmila se svým manželem a dále s osobními asistenty. Se všemi osobními asistenty se rozumí velice dobře, vznikají mezi nimi dlouholetá přátelství – jako příklad mi uvedla úplně prvního osobního asistenta, kterého měla. Vydržel u ní patnáct let, do té doby, než sám šel do důchodu, ale to jim ani dnes nebrání ve styku. K Jarmile a jejímu manželovi se hlásí i ti osobní asistenti, kteří u ní již osobní asistenci nevykonávají, ale vždy rádi zavítají na návštěvu, i když jich mnoho žije mimo naši republiku.

Velkou školou jí bylo soužití v domácnosti, v již zmíněném bytě 1 + 1, kde mnoho let žilo pět lidí pohromadě, to jí přineslo přizpůsobení, díky kterému se dnes nebrání vyjít s kýmkoliv.

Jarmila je velice zvědavý, otevřený a srdečný člověk, který má rád lidi, nikoho se nestrání a s každým se snaží najít společnou řeč.

D) Motivace

Motivaci jí do života dávala hodně matka, když jí říkala, že: „Žít se musí, ale žij tak, abych se za tebe nemusela stydět.“ Tím matka myslela, že v životě nesmí „fňukat“, že si věci nesmí brát moc k srdci, protože by je nemusela ustát, že nejlepší je hned se oklepat a jít dál. Toho se Jarmila drží a život je pro ni mnohem snadnější.

Motivace ke cvičení je také moc důležitá a Jarmila ví, že ji musí provádět alespoň tak, aby zůstala v tom stavu, v jakém je. Aby se její stav nezhoršoval a ona ani její manžel nemuseli jít do ústavu a co nejdéle mohli zůstat doma v bytě. Manžel není u cvičení tak poctivý jako ona, ale ona se snaží na něj dohlížet, protože ví, že cvičení potřebuje stejně tak, jako každý s tímto nebo podobným postižením.

Další motivací je, že i ona musí pomáhat lidem, když oni pomáhají jí – tím naráží na osobní asistenci a různé organizace, které jsou jí v těžkých chvílích nápomocné.

Jarmila se snaží přispět i svými zkušenostmi a schopnostmi, a tak nepravidelně dojíždí do organizace postižených, kde je vedena jako její předsedkyně a vedoucí rekondičních programů a pobytů pro postižené.

Společným krédem je: „Být co nejdéle doma, aby nemuseli do ústavu.“

Současný stav – Jarmila je odkázána na pomoc druhých. Svou roli v tom hraje nejen její pokročilý věk, ale také elektrický vozík, silné ochrnutí rukou – jemná motorika není zachována. Nohy paní Jarmile také moc neslouží – vzhledem k ochrnutí rukou nemá šanci se o ruce vzepřít – je nutná pomoc osobního asistenta, se kterým cvičí, který jí postaví na nohy a ona se snaží denně alespoň deset minut stát, aby jí neochablo svalstvo.

Někdy se také podaří, že se s asistentkou postaví a udělá pár krůčků. Po odchodu asistentky se snaží cvičit sama. Pokud jí asistentka připraví jídlo, je schopná ho sama dát do hrnce a dát vařit. Jídlo je manželům také donášeno. Další trápení přiděluje i velká skolióza, díky ní je Jarmila odkázána na denní nošení korzetu, do kterého se sama neoblékne. Korzet jí přináší i dechové potíže, proto provádí i dechová cvičení.

Manžel Jakub má zcela ochrnutou pravou nohu a obě ruce. Pokud ho někdo vodí a má u sebe obě francouzské hole, lehce chodí. Minulý měsíc mu lékaři našli výrůstky u krku, a to mu velice ztěžuje práci s holí. Jakub má polohovací postel a mechanický vozík. Protože

byla Karlovi odebrána jedna ledvina a trpí Diabetes melitus, je třeba dodržovat i zvláštní stravovací režim. Jakub též prodělal v nemocnici na Homolce operaci střev, kdy mu byly vloženy implantáty.

Osobní asistentka oba navštěvuje každý den. Dává prádlo do pračky, Jarmila si pračku sama zapne, asistentka jí po vyprání prádlo pověsí. Doobléká oba manžele, co sami nezvládnou, myje jim nádobí. Oba se snaží maximálně využít dobu, kterou u nich asistentka tráví.

Pokud je venku špatné počasí, musí mít oba na venkovní pochůzky doprovod. Domů k nim dochází tři stálí asistenti a další čtyři asistenti jsou náhodní, dle potřeb klientů.

Jakub je o šest let starší než Jarmila a dodnes žijí ve šťastném manželství.

4. Plán terapie

Jarmila i její manžel Jakub jsou na světě rádi a těší se na každý den. Po psychické stránce není co řešit. Oba manželé musí vydržet a stále cvičit i když to vždy není příjemné a je to velice namáhavé. Určitě by pomohl odborník, který by jim ukázal nové cvičební a zábavné metody, kdy se cvičení spojí se zábavou.

Na závěr jsem se Jarmily zeptala na stejné otázky jako Karla a Ondřeje.

- **Jak se s vaším postižením vyrovnávala matka a otec?** „Moje maminka byla velice moudrá žena, a tak se s tím srovnala velice dobře, nic jiného jí také nezbývalo. Pokud se tedy zamyslím nad psychickou stránkou – jistě, že to bylo náročné, ale dalo se to překlenout. Horší to bylo po stránce materiální – rodiče vždy říkali, že jim mé postižení udělalo čáru přes rozpočet. Za II. světové války nebylo ani na jídlo, natož na rehabilitace a podobná vydání“.
- **Z jaké společnosti jsou vaši přátelé?** „Držím si přátele z dětství. Spíše jsou to zdraví lidé, kteří na nikom nejsou závislí a jsou schopní pomáhat ostatním – dozvídám se od nich jejich příběhy a oni mi pomáhají s příběhem mým“.
- **Vybavujete si nejoblíbenější hračku z dětství?** „Mou nejoblíbenější hračkou byla plastová mrkací panenka, na kterou mi babička šila různé oblečky. Tuto panenku jsem dostala ke čtvrtým narozeninám a ještě jsem k ní dostala kočárek. Velice jsem se na ni upnula. Dodnes mi tato panenka leží v posteli. Váže se k ní příběh – za II. světové války byly

problémy se sehnáním jídla – neměli jsme skoro žádné peníze. Sousedka na chatě nám nabídla, že za panenku a kočárek nám dá jídlo. Když mi to maminka řekla, hrozně jsem se rozplakala a řekla jsem, že kočárek prodat může, ale panenku ať mi nebere. Maminka tedy prodala kočárek a mě zůstala jen panenka. Rodiče mne vedli ke vztahu k přírodě, takže procházky v parku a lese, stavění mechových domečků v lese, byly na každodenním programu. Hodně jsme si také hráli s kolektivem dětí, skákali jsme panáka, cvrnkali kuličky, stavěli boudičky. Stále jsem si chtěla hrát na dospělé. Hrála jsem si na vlastní byt, že tam mám květiny, ty jsem zalévala – to mi mimochodem vydrželo dodnes“.

- **Existují lidé, které vyloženě nesnete ve své přítomnosti?** „Ne, ke každému se snažím najít vlastní cestu. Pokud mi na někom něco vyloženě vadí, nebo z něho cítím špatné vibrace, hned si to s ním snažím vyříkat“.
- **Jaké jsou vaše záliby?** „Ráda nakupuji květiny a starám se o ně. Zdobím si byt květinami, vymýšlím různé dekorace. Zajímám se o dějiny, zpěv, hudbu – zejména klasickou a četbu – žádná literatura mi není cizí (nedávno mi objevili šedý zákal, který musí být operován a také zhoubný melanom, který byl již odstraněn – nese to však omezení v namáhání očí). Mám ráda i zvířata – psy, kočky a kanárky“.
- **Jak jsou s vámi dnes rodiče spokojení – říkají vám, že jsou na vás hrdí?** „Vzhledem k mému pokročilému věku rodiče již nežijí, ale často mi říkali, že jsou na mne hrdí a že se nemám za co stydět“.
- **Je něco, co byste ráda, aby se změnilo v přístupu zdraví versus handicapování?** „Zdraví lidé vůbec netuší, co mají – tím narážím na zdraví, kterého si lidé neváží. Jinak by bylo dobré, kdyby si každý zdravý člověk pečující o nemohoucího uvědomil, že i nemohoucí má své biologické potřeby, a když je například v nemocnici, tak aby mu pravidelně vyměňovali bažanty a doprovázeli je na toaletu. Každý zdravý jedinec by se preventivně měl podívat do nějaké organizace, která pomáhá postiženým. A ne jen se tam podívat, ale také tam strávit určitý čas a zkusit si u každého osobní asistenci, aby na vlastní kůži pocítil, jak se handicapování cítí. Ještě by si služby každého města měly uvědomit, že pokud napadne sníh a ony ho neodklidí, tak se handicapovaní závislí na vozíku nikam nedostanou“.
- **Jak vnímáte pojem kvalita života?** „Nejdůležitější je pro mne, dostat se všude tam, kam se dostat potřebuji. Dále potřebuji vykonávat nějakou normální, smysluplnou práci, mít přátele. Kvalitu života si dle mého názoru tvoří každý sám a také je mu z části dána - tím

narážím na osud. Školou života mi byl pobyt v Kladrubech – viděla jsem tam tolik nehezských úrazů a nemocí“.

- **Jaké jsou vaše potřeby?** „Jsem ráda, že se ráno probudím. Ranní hygiena v koupelně mi sice trvá hodinu, sama se neosprchuji, což mne velmi omezuje“.
- **Jste z něčeho frustrována či deprivována?** „Ne, nic si nepřipouštím, jsem ráda, že jsem v takovém stavu, v jakém jsem. Jsou lidi, kteří jsou na tom mnohem hůře než já“.
- **Jaký je váš postoj k životu?** „Rozhodně optimistický. Někdy mám své dny, ale to asi každý. Rychle se z toho snažím dostat – jdu ven pod strom, do přírody, tam rozjímám a hledám náhradní řešení. Také se snažím vymýšlet různé „vychytávky.“
- **Můžete jmenovat pár kompenzačních pomůcek, které využíváte?** „V první řadě je to vozík elektrický, mechanický, pohrabáč – ten užívám jako podávací pomůcku bot, podavač, korzet, límec, zvýšenou toaletu, prkno přes vanu, madla, antidekubitní matrace, podsedáky, různé velikosti prkének, potřebuji vždy natočit vodu do PET lahví, pak až jsem schopná ji nalít do konvice a musím mít vše zapojené v elektrice, protože sama nic nezasunu do zásuvky“.

Dotazník

Praktickou část bych ráda uzavřela dotazníkem, který byl určen široké veřejnosti. Odpovědi respondentů byly zaneseny do grafů. Ukázka toho, jak jsem s grafy pracovala – tedy vyhodnocení dotazníku – je uvedeno hned pod dotazníkem samotným.

Na svislé ose je v jednotkách zobrazen počet respondentů, kteří odpovídali. Respondenti jsou dále děleny na muže a ženy. Legenda pro barevné znázornění mužů a žen, popřípadě odpovědi ano a ne je zobrazena vpravo od grafu. Na vodorovnou osu byly zaneseny odpovědi – ano, ne nebo A), B), C), D), na kterých je zřetelně vidět, pro kterou odpověď se kdo rozhodl a v další fázi, kolik respondentů odpovědělo správně a kolik špatně.

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Obracím se na Vás s prosbou vyplnění krátkého dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce, kterou píší na téma „**Z plnohodnotného života - ve vteřině - změna na život s částečnou imobilitou a co dál...**“.

Dotazník je určen pro širokou veřejnost a jedná se o průzkum informovanosti a zájmu zdravých obyvatel o obyvatele s handicapem.

Dotazník se skládá z 11 otázek. Vyberte pouze jednu Vámi zvolenou odpověď a tu prosím označte.

Všechny informace získané z dotazníku jsou zcela anonymní.

1. Pohlaví:

☐ Muž

☐ Žena

2. Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o tom, jak žijí lidé s handicapem a jaké jsou jejich potřeby?

☐ ANO

☐ NE

3. Zajímáte se o to, jak zlepšit kvalitu života lidí s handicapem?

☐ ANO

☐ NE

Pokud ano, napište jak:

4. Byl/a jste se někdy podívat do ústavu nebo do organizace pomáhající lidem s handicapem?

☐ ANO

☐ NE

Pokud ano, uveďte kde:

5. Vyskytuje se ve vašem okolí někdo, kdo je odkázán na pomoc druhých?

☐ ANO

☐ NE

6. Co je to Paraple?

☐ Organizace pro nevidomé a těžce slabozraké jedince, kteří se nemají o koho opřít

☐ Úkryt před deštěm

☐ Centrum pomáhající lidem ochrnutým po poškození míchy přizpůsobit se nové životní situaci

☐ Film

7. Když vidíte na ulici nebo v MHD člověka s handicapem, oslovíte ho s nabídkou pomoci?

☐ ANO

☐ NE

8. Zkratka POV znamená:

☐ Pražská organizace vozíčkářů

☐ Právní a obecná výpomoc

☐ Plzeňská organizace vozíčkářů

☐ Pomocná organizace pro vozíčkáře

9. DMO neboli dětská mozková obrna je:

- ☐ Ochrnutí jedné poloviny obličeje
- ☐ Virové onemocnění
- ☐ Nenakažlivá porucha hybnosti, která má základ v poškození mozku
- ☐ Nakažlivá porucha hybnosti, která má základ v poškození mozku

10. Cizí výraz kvadruplegie označuje:

- ☐ úplné ochrnutí všech čtyř končetin
- ☐ soubor symptomů, způsobených poškozením míchy
- ☐ částečné ochrnutí všech čtyř končetin
- ☐ úplné oboustranné ochrnutí dolních končetin

11. Posláním Výboru dobré vůle Nadace Olgy Havlové (VBD), založeného počátkem roku 1990, je zejména:

- ☐ pomoc týraným, zneužívaným, handicapovaným, ohroženým a opuštěným dětem
- ☐ pomáhat lidem, kteří se pro svůj nepříznivý zdravotní a sociální stav těžko včleňují do společnosti a nemohou se bez pomoci druhých sami o sebe postarat
- ☐ pomoci dětem postiženým mozkovou obrnou (formou nákupu pomůcek, přístrojů, zařízení, využití darů..)
- ☐ pomoc a podpora dětem a dospělým s těžkým zrakovým postižením

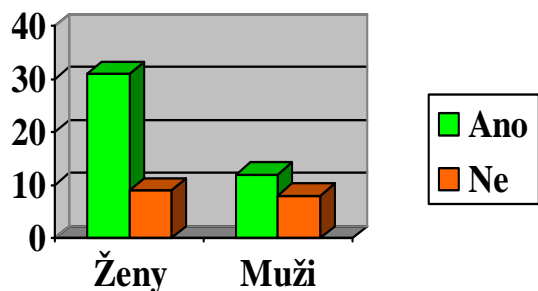
Děkuji moc za Váš čas a vyplněné odpovědi.

Martina Ježková

Ukázka vyhodnocení dotazníku

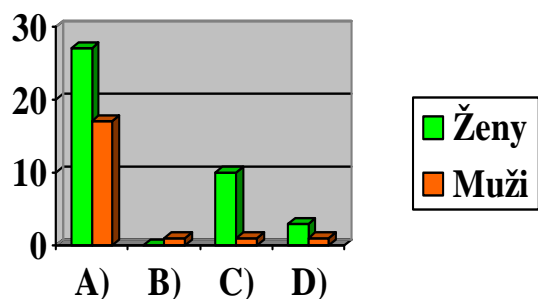
Výsledky dotazníku jsou uvedeny v jednotkách

Otázka č. 7



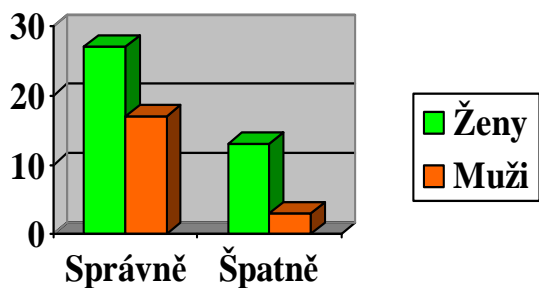
Graf ot. č. 7: „Když vidíte na ulici nebo v MHD člověka s handicapem, oslovíte ho s nabídkou pomoci?“ V této otázce bylo možno odpovědět pouze ano / ne. Jak vidíme z grafu – k odpovědi ano, se přiklonilo 31 žen a 12 mužů. K odpovědi ne, se přiklonilo 9 žen a 8 mužů.

Otázka č. 8



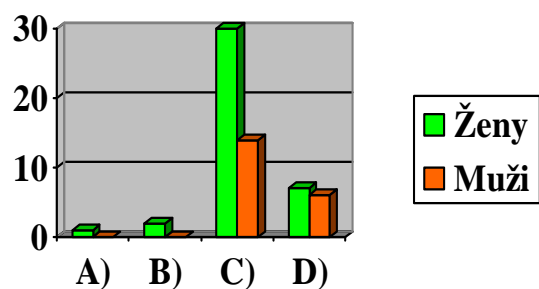
Graf ot. č. 8: „Zkratka POV znamená:“ U této otázky jsem respondentům nabídla čtyři odpovědi: A) Pražská organizace vozíčkářů, B) Právní a obecná výpomoc, C) Plzeňská organizace vozíčkářů, D) Pomocná organizace pro vozíčkáře. Pro odpověď A) hlasovalo 27 žen a 17 mužů, pro odpověď B) 0 žen a 1 muž, pro odpověď C) 10 žen a 1 muž, pro odpověď D) 3 ženy a 1 muž.

Otázka č. 8



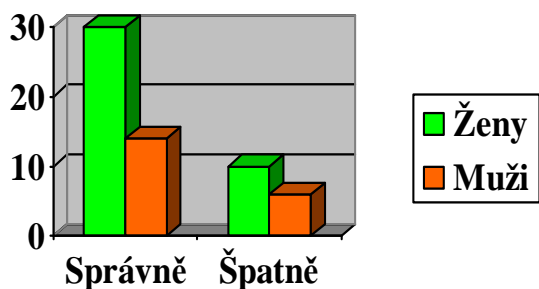
Graf ot. č. 8: Na tomto grafu ukazují v souhrnu, jak dopadla otázka č. 8. Správně odpovědělo 27 žen a 17 mužů, špatně odpovědělo 13 žen a 3 muži.

Otázka č. 9



Graf ot. č. 9: „DMO neboli dětská mozková obrna je:“ A) Ochrnutí jedné poloviny obličeje, B) Virové onemocnění, C) Nenakažlivá porucha hybnosti, která má základ v poškození mozku, D) Nakažlivá porucha hybnosti, která má základ v poškození mozku. Odpovědi: A)ženy 1, muži 0, B) ženy 2, muži 0, C) ženy 30, muži 14, D) ženy 7, muži 6.

Otázka č. 9



ZÁVĚR

Všechny tři zmíněné kazuistiky a osobní anamnézy jsem sledovala ze stejného úhlu pohledu. Osobní anamnézy a kazuistiky jsou postaveny záměrně zcela stejně, aby bylo možno porovnat jednotlivé případy. Pokládala jsem stejné otázky, protože mne zajímalo, jak se handicapovaným změnila kvalita života, co si pod tímto pojmem představují, zda se handicapovaní shodnou v pohledu na svět, zda mají stejné potřeby, touhy, cíle, problémy, trápení. Nahlédnutí do těchto kazuistik není kvantitativním, ale zcela jistě kvalitativním klinickým šetřením, získaným na základě důvěry lidí se získanou imobilitou.

S každým individuálním člověkem jsem musela pracovat velice citlivě. I přes jejich optimismus a vlídné přijetí jsem někdy nechtěně narazila na citlivou oblast, o které se jim nelehko mluvilo (tím narážím například na nešťastnou událost, která jim změnila život). Při rozhovorech ale byli všichni vstřícní a ochotní spolupracovat, což mi na druhou stranu velice usnadnilo práci.

Na závěr své práce bych ráda vyzdvihla nejen odhodlání a vervu, se kterou se handicapovaní den co den potýkají, ale také ty, kteří si cestu pomoci vybrali dobrovolně za své povolání a životní cestu a neustále stojí po boku těch, kteří se bez jejich pomoci neobejdou a denně jim dodávají sílu a odvalu pro boj v dnešním světě. V neposlední řadě musím ocenit i ty, kteří si cestu pomoci dobrovolně nevybrali, ale byli k ní okolnostmi donuceni, neboť nešťastná náhoda upoutala na vozík jejich milované a oni se rozhodli nenechat je v tom samotné a tuto tvrdou zkoušku života hrdě nesou s nimi.

Bakalářská práce s tématem: „Z plnohodnotného života - ve vteřině - změna na život s částečnou imobilitou a co dál...“ mi přinesla nové teoretické i praktické poznatky a vhled do problematiky handicapovaných a značnou měrou mi ozřejmila kvalitu života handicapovaných.

Ráda bych se touto tematikou zabývala i v magisterské práci. Porovnávala bych současnost a to, jak se za těch pár let změnily přístupy k handicapovaným, zda jsou nějaké možné odchylky v rehabilitacích nebo také to, co nového se v literatuře dočteme.

Mým přáním je, aby do povědomí všech zdravých lidí pronikla skutečnost, že lidé s handicapem nejsou jiní. Mají stejné zájmy, potřeby, koníčky i lásky. Na nás je, abychom jim poskytli trochu více porozumění, pomoci a odvahy žít s přesvědčením, že jsou pro společnost

prospěšní. Jestliže je něco, o co opravdu nestojí, pak je to lítost a soucitné pohledy, které je často v životě provázejí.

LITERATURA:

Filipiová D., Život bez bariér, Projekty a rekonstrukce, Grada Publishing, Praha, 1998, ISBN 80-7169-233-6

Filipiová D., Projektujeme bez bariér, MPSV, Praha, 2002, ISBN 80-86552-18-7

Hermesen J., Encyklopedie koně, REBO Productions, 2008, ISBN 80-7234-833-3

Chvátalová H., Jak se žije dětem s postižením, Problematika pěti typů zdravotního postižení, Portál, Praha, 2001, ISBN 80-7178-588-1

Jesenský J. a kol., Kontrapunkty integrace zdravotně postižených, UK, Katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty, Praha, 1995, ISBN 80-7184-030-0

Jesenský J., Prostor pro integraci, Comenia Consult, Praha, 1993

Jesenský J., Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených, UK, Praha, 1995, ISBN 80-7066-941-1

Jesenský J., Vybrané přednášky z defektologie, Praha, 1987

Kalvach Z., Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů II. díl, UK, Praha, 1995, ISBN 80-7184-001-7

Kulichová J. a kol., Hiporehabilitace, Nadace OF, Praha, 1995

Monatová L., Pedagogika speciální, MU, Brno, Pedagogická fakulta, 1994, ISBN 80-210-1009-6

Novosad L., Základy speciálního poradenství, Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, Portál, Praha, 2006, ISBN 80-7178-197-5

Odmaturuj! Ze společenských věd, nakladatelství Didaktis, 2004

Pacovský V., Geriatric, Scientia Medica, Praha, 1994, ISBN 80-85526-32-8

Pacovský V., Klinická propedeutika, UK, Praha, 1999

Struk P. a kol., Vybrané kapitoly ze sociální medicíny, UK, Praha, 1993, ISBN 80-7066-737-0

Sbírka zákonů č. 398/2009 Sb. Vyhláška ze dne 5. listopadu 2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

VIDEA:

Jedu, tedy jsem, 1998

Můj život bez bariér, Ministerstvo zdravotnictví, 1999

Přeskoč svůj problém, Technika pro život 4, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Obor zdravotní a sociální péče, 1999

Rady pro nejbližší, Technika pro život 6, 2000

Soběstačnost je (také) stav duše, Technika pro život 5, 1999

Život na kolech, 1997

INTERNETOVÉ STRÁNKY:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlavn%C3%AD_strana

<http://slovník-cizích-slov.abz.cz/>

http://www.czecot.com/cz/?id_tema=277

[http://www.czecot.com/cz/?page=13&hledej=1&tema\[\]=277](http://www.czecot.com/cz/?page=13&hledej=1&tema[]=277)

<http://jyxo.cz/s?q=voz%C3%AD%C4%8Dk%C3%A1%C5%99i+praha&d=>

<http://www.hiporehabilitace-cr.cz/>

<http://terapie.zdrave.cz/hipoterapie-lecba-konskym-hrbetem/>

<http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-5-hipoterapie-pohybova-slozka>

<http://www.google.cz/images?hl=cs&source=imghp&biw=1280&bih=559&q=hipoterapie&gbv=2&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=>

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=398&PC_8411_l=398/2009&PC_8411_ps=10#10821

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Specifické služby pro handicapované

11. Specifické služby pro handicapované

- Lékařství – poskytuje jednak služby diagnostické, poradenské a expertizu, dále služby léčebné, rehabilitační a preventivní. U některých skupin postižených poskytuje také služby protetické (náhradní). Druhy těchto služeb jsou velmi rozmanité v závislosti na charakteru a stupni postižení.
- Psychologie – poskytuje především služby diagnostické, poradenské, expertizu a psychorehabilitaci.
- Speciální pedagogika (léčebná pedagogika, pedagogika péče, defektologie, rehabilitační pedagogika) poskytuje služby diagnostické, poradenské a expertizu, speciální výchovu, speciální vzdělání s výcvikem nejrozličnějších kompenzačních a reedukačních dovedností a návyků, částečně poskytuje speciální pomůcky, pracovní a společenskou rehabilitaci.
- Sociální obory – poskytují služby poradenské, pečovatelské, expertizu, získávání různých výhod, preferencí a důchodů, péči azylovou, pracovní rehabilitace a pracovní umísťování.
- Technické obory – zabezpečují vývoj a částečně i výrobu různých protetických, kompenzačních a reedukačních pomůcek a technické přizpůsobování prostředí.
- Právní obory – zabezpečují poradenství, expertizu, právní ochranu a legislativní iniciativu.
- Zájmové organizace – poskytují služby poradenské, služby rehabilitační, rekondiční a výchovně vzdělávací, zprostředkují řadu zájmových informací, v některých speciálních případech provozují výrobu a distribuci pomůcek, zaměstnávají postižené. Velmi významné je, že tyto organizace zpravidla vytvářejí společenské klima, případně subkulturu přijatelnou pro postižené, kteří nejsou plně socializovaní, a umožňují jim tak společenské vyžití, kulturní a sportovní aktivity, rekreaci a řadu dalších aktivit.

Příloha č. 2 – Podrobný popis zařízení, kam se handicapovaný může obrátit

12. Podrobný popis zařízení, kam se handicapovaný může obrátit

Sociální péči a služby, pokud člověk není schopen postarat se sám o sebe, můžeme rozdělit na:

- 1) umístění v zařízení s pobytem
- 2) podporu života v domácích podmínkách

add1) ústavy sociální péče, domovy, stacionáře a hospicová zařízení

add2) domácí péče, osobní asistence a respitní péče

Ústavy sociální péče

Tyto ústavy sociální péče jsou nejčastěji zřizovány státem. V ústavech sociální péče se setkávají jedinci s různým typy postižení (od mentálního, tělesného, smyslového až po kombinované postižení). Dle možností rodiny jsou zde umísťováni klienti od jednoho týdne až po několik let. Ústavy sociální péče bývají většinou velkokapacitními a ne vždy je zde umožněno soukromí a pozornost pro každého klienta.

Klientům je zde poskytováno: stravování, ubytování, zdravotní péče, rehabilitace i volnočasová činnost.

Domovy

Zřizovatelem domovů je nejen stát, ale i občanská sdružení či nadace. Domovy, jak už nám název napovídá, by měly simulovat domácí prostředí, a i proto mají mnohem menší kapacitu než zmiňované ústavy sociální péče. Pro klienty je připraven denní program, je na uvážení klientů, jak si chtějí zařídit své pokoje, jak chtějí chodit oblékaní – k tomu je jim třeba přiřazena pomocnice, která za ně nákup zařídí a přinese jim požadované oblečení. Domovy jsou pro rodiny postižených jakýmsi oddychovým zařízením, kdy klienti tráví čas během týdne v domovech a na víkendy si je rodiny berou domů.

Stacionáře

Zřizovatelem stacionářů jsou obce, občanská sdružení nebo nadace.

Stacionáře jsou určeny pro denní pobyt klientů, ráno nastupují a večer po celodenním programu se vrací do svých rodin. Ve stacionáři se setkáme s výchovnou i léčebně-

nápravnou péčí. Patří sem fyzioterapie (rehabilitace zabývající se léčbou pohybového systému), ergoterapie (pracovní terapie), psychoterapie (cílevědomé léčebné působení na psychiku člověka), logopedie (výchova ke správné řeči).

Hospicová zařízení

Zřizovatelem hospicových zdravotnických zařízení jsou nejčastěji církve a občanská sdružení. Jedná se o pobytová zařízení pro klienty, kteří zde chtějí důstojně zemřít. Hospicová zařízení se snaží zmírnit strádání, utrpení a bolest, kterou jim těžká nemoc přináší. Je zde snaha o poskytnutí duchovní podpory, či psychické smíření člověka s jeho osudem.

Domácí péče – Home care

Zřizovatelem home care jsou zejména zdravotnická zařízení a soukromé agentury. Péče o klienta je smluvně sepsána a každý úkon má svou cenu.

Jedná-li se o domácí péči, znamená to, že klientům je do domácnosti určena ošetřovatelka či ošetřovatel (nejčastěji z pečovatelské služby), kteří k nim dochází do domácností dle jejich potřeb a pomáhají jim s hygienou, dodržováním pravidelného dávkování léků, oblékáním, vařením, nákupy, úklidem a domácími pracemi, které klient potřebuje. Ošetřovatelka také může za klienta vyřídit různé administrativní záležitosti na úřadech, poštách a podobně.

Osobní asistence

Osobní asistenci využívají ve velké míře lidé na vozíčku postižení kvadruplegií. Osobní asistenci vykonávají většinou mladí lidé a záleží pouze na vozíčkáři, zda si k sobě zvolí jednoho až dva stálé asistenty, kteří jsou mu stále po ruce, nebo zda volí cestu libovolnosti – když potřebuje pomoc, zavolá do agentury a ta mu posílá vždy ty lidi, kteří jsou v dané době volní. Zde tedy hraje velkou roli rozhodnutí klienta a také to, zda mu nevadí vídat stále nové lidi, kterým znovu musí vysvětlovat, co a jak potřebuje.

Osobní asistence se nese ve jménu nezávislosti a samostatnosti každého klienta. Tím myslím zejména to, že každý klient je sám za sebe odpovědný a rozhoduje sám za sebe.

Zcela individuálně záleží na každém klientovi, kdy a jakou službu si zvolí, nikdo ho do ničeho nenutí ani nepřemlouvá, každý musí vědět a říct si, co v určitou dobu potřebuje.

Respitní péče

Respitní péče je do českého jazyka přeložena jako úlevová či odlehčovací péče. Respitní péče je určena pro lidi, kteří pečují o své blízké – pro rodiče, příbuzné, kteří se den co den starají o postižené jedince a potřebují si odpočinout a přijít na nové myšlenky. Péče je poskytnuta buď tak, že se určí zástupná osoba, která se o jedince na určitou dobu postará, nebo je klient odvezen do stacionáře, kde může být přes den, rodina si zařídí, co potřebuje a večer si jedince znovu přiveze domů.

Druhy respitní péče:

- 1) péče poskytovaná doma** – klient nepřichází do jiného prostředí, zůstává ve známém prostředí
- 2) péče poskytovaná mimo domov** – tato možnost připomíná pěstounskou péči – klient je na 3 dny až jeden měsíc odveden do jiného prostředí, které simuluje rodinu
- 3) péče poskytovaná v kolektivu** – péče se poskytuje mimo domov, jsou to například školky, stacionáře, hostely – péče probíhá ve vyhrazené dny a hodiny, součástí bývá odvoz do stacionáře a zpět domů. Pozitivem je zde kontakt s vrstevníky a změna prostředí
- 4) péče poskytovaná dlouhodobě mimo domov** – určeno pro klienty, kteří jsou odkázáni na 24 hodinovou lékařskou péči

Stručný výčet organizací zdravotně postižených občanů**1) Sdružení zdravotně postižených ČR**

- organizace se stala koncem r. 2000 členem Národní rady zdravotně postižených ČR
- aktivity, jimiž se sdružení zabývá: integrace těžce tělesně postižené mládeže, sociální, právní a zdravotní poradenství, využití volného času tělesně a vnitřně postižených, rehabilitační pobyty, kulturní, sportovní a zájmová činnost, ucelená rehabilitace

2) Sbor zástupců organizací zdravotně postižených

- pod tímto sborem zástupců organizací se skrývají organizace, které jsou konkrétně zaměřené na určité druhy postižení (Dětskou mozkovou obrnu – dále jen DMO, vozíčkáře) a je jejich snahou jsou změny v legislativě pro znevýhodněné

3) Česká Rada humanitárních organizací

- v dnešní době se jedná o koalici nestátních poskytovatelů sociálních a zdravotně sociálních služeb pro sociálně znevýhodněné skupiny občanů
- stará se o podpůrné programy pro seniory, zdravotně postižené, drogově závislé, bezdomovce, ale také o ochranu opuštěných a týraných dětí i pomoc lidem v nouzi a to v nejširším slova smyslu

4) Vládní výbor pro zdravotně postižené občany

- je to poradní a konzultačně-expertní orgán při Úřadu vlády ČR, v němž jsou zastoupena jednotlivá ministerstva. Předsedou je předseda vlády ČR ²⁶
- je stálým koordinačním, iniciativním a poradním orgánem vlády České republiky pro problematiku podpory zdravotně postižených občanů
- cílem je pomáhat při vytváření rovnoprávných příležitostí pro zdravotně postižené občany ve všech oblastech života společnosti

5) Národní rada osob se zdravotním postižením ČR

- je organizací s celostátní působností, která zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením ve státních a jiných významných institucích
- je poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a jeho hlavní úlohou je podporovat a hájit práva a zájmy občanů se zdravotním postižením v Evropě i ve světě nezávisle na věku, druhu a rozsahu zdravotního postižení

6) Mezinárodní orgány, které monitorují situaci zdravotně postižených

- OSN, Rada Evropy, Mezinárodní úřad práce, Kongres USA

²⁶ Libor Novosad, Základy speciálního poradenství, Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, Portál, Praha 2006

Příloha č. 3 – Kde hledat pomoc a informace

13. Kde hledat pomoc a informace²⁷

1) Všeobecné informace

- Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, 180 00 Praha 8, Karlínské náměstí 12
- Centrum pro zdravotně postižené kraje Praha, www.czppraha.cz
- Centrum samostatného života, 110 00 Praha 1, Benediktská 688/6
- Česká správa sociálního zabezpečení, 150 00 Praha 5, Křížová 5
- České hnutí speciálních olympiád, 118 00 Praha 1, Říční 6
- Dětské integrační centrum a MŠ, s. r. o. + SPC, 142 00 Praha 4, Hurbanova 1285
- Sdružení zdravotně postižených v ČR, 186 03 Praha 8, Karlínské náměstí 12
- Unie zdravotně postižených sportovců ČR, 160 17 Praha 6, Zátokova 100/2
- YMCA v ČR, křesťanské sdružení mladých lidí, 115 30 Praha 1, Na Poříčí 12

2) Zdravotně postižené děti a dospělí

- Akord, sdružení pro pomoc rodinám se zdravotně postiženými dětmi, 120 00 Praha 2, Záhřebská 36/626
- Archa – Humanitární sdružení, 252 63 Roztoky u Prahy, Alšova 1203
- Asociace muskulárních dystrofií v ČR, 148 00 Praha 4, Petýrkova 1953/24
- Auxilia Facta, obecně prospěšná společnost, 182 00 Praha 8, Bořanovická 1
- Český svaz hemofiliků, 128 00 Praha 2, Trojická 4
- Daneta – Svépomocné sdružení rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, 500 02 Hradec Králové – Pražské Předměstí, Nerudova 1180/28
- FIT-ILCO ČR, 128 00 Praha Vyšehrad, Nerudova 60/9

²⁷ Libor Novosad, Základy speciálního poradenství, Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, Portál, Praha 2006

- Haima CZ, Unie pro pomoc dětem s poruchou krvev tvorby, 150 06 Praha 5, V Úvalu 83
- Kardioklub Praha, 186 00 Praha 8, Sokolovská 57/100
- Klub bechtěreviků, 128 00 Praha 2, Na Slupi 450/4
- Klub dívek a žen s Turnerovým syndromem, 160 00 Praha 6, Kladenská 1
- Klub nemocných cystickou fibrózou, 150 06 Praha 5 Kudrnova 22/95
- LENIO – občanské sdružení, 101 00 Praha 10, Ruská 804/58
- Liga vozíčkářů, 628 00 Brno, Bzenecká 23
- Nadace Dětský mozek, 120 00 Praha 2, Na Rybníčku 10/1365
- Pražská organizace vozíčkářů, 110 00 Praha 1, Benediktská 688/6
- PROSAZ – Spol. pro sociální rehabilitaci občanů se zdravotním postižením, 158 00 Praha 5, Kodymova 2526
- Respira – sdružení nemocných s respirační insuficiencí, 120 00 Praha 2, Čermáková 10
- Revma – Liga, 128 00 Praha 2, Na Slupi 450/4
- ROSKA Praha, regionální organizace Unie ROSKA v ČR, 147 00 Praha 4, Ohnivcova 1334/16
- Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem, 160 00 Praha 6, Zelená 14
- Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně, 110 00 Praha 1, Klimentůvská 9
- Sdružení rodičů a přátel dětí léčených růstovým hormonem, 143 00 Praha 4 – Modřany, Hausmannova 3047
- Sdruž. rodičů a přátel diabetických dětí v ČR, 118 00 Praha 1, Lázeňská 287/4
- Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, 140 00 Praha 4 – Ohradní 1368
- Společnost DUHA – Nadace pro děti postižené mozkovou obrnou, 541 01 Trutnov, Kpt. Jaroše 324, P. O. BOX 11

- Společnost „E“ – Czech Epilepsy Association, 142 00 Praha 4, Liškova 959/3
- Společnost pro mukopolysacharidózu, 722 00 Olomouc, Chaloupky 35
- Svaz diabetiků ČR, 186 00 Praha 8 – Karlín, Sokolovská 44
- Svaz paraplegiků, 108 00 Praha 10 – Malešice, Limuzská 471
- Svaz postižených civilizačními chorobami, 186 00 Praha 8,
Karlínské náměstí 59/12

Výše uvedené kapitoly č. 11, 12 a 13 jsou aktualizované dle dnešních názvů a adres.

**Příloha č. 4 – Fotografie k tématu
hipoterapie**

Obr. č. 1: Hipoterapie – léčebná vyjížďka
v okolí Lázní Luže – Košumberk



Obr. 2: Hipoterapie – léčebná vyjížďka
v okolí ÚSP Zbůch



Obr. č. 3: Hipoterapie u malého dítěte
s koordinační poruchou. OS Svítání.



Obr. č. 4: Hipoterapie u dospělého člověka
po mozkové mrtvici. OS Svítání



Obr. č. 5. Nástupní rampa na koně



Obr. č. 6 Hipoterapie - nasedání na koně
z rampy. Foto Equichannel – nejstarší
český zpravodajský server o koních
a jezdeckví



Obr. č. 5 Hipoterapie – nasedání na koně.
Domov pro osoby se zdravotním
postížením v Oseku



Obr. č. 8: Sportovní jízda na koni



Obr. č. 9: Popis těla koně



**Příloha č. 5 – Fotografie k tématu
bezbariérové bydlení**

Obr. č. 1 Schodolez



Obr. č. 2 Pantograf v základní pozici



Obr. č. 3 Pantograf v pozici, kdy je
vyklopen a lze si snadno vzít požadované
oblečení



Obr. č. 4 Bezbariérový obývací pokoj



Obr. č. 5 Bezbariérová kuchyně



Obr. č. 6 Bezbariérová koupelna

